



ÉVALUATION D'IMPLANTATION DU PROGRAMME ALCOCHOIX+

Louis-Georges Cournoyer, Ph.D.
Hélène Simoneau, Ph.D.
Michel Landry, Ph.D.
Joël Tremblay, Ph.D.
Catherine Patenaude, B. Sc.

Recherche réalisée
dans le cadre d'une action concertée
financée par le
Fonds québécois de la recherche sur la
société et la culture (FQRSC)
et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Octobre 2009

Citation suggérée : Cournoyer, L.G., Simoneau, H., Landry, M., Tremblay, J. & Patenaude, C. (2009). Évaluation d'implantation du programme Alcochoix+. Rapport final d'une recherche subventionnée par le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC #2008-TO-120890), 229 pp.

RAPPORT SCIENTIFIQUE INTÉGRAL

1. Chercheur principal : Louis-Georges Cournoyer, Université de Montréal

2. Cochercheurs : Hélène Simoneau et Michel Landry,
Centre Dollard-Cormier-Institut universitaire sur les dépendances
Joël Tremblay, Université du Québec à Trois-Rivières

3. Partenaires du milieu impliqués dans la réalisation du projet :
Les Agences de la santé et des services sociaux des régions 02, 03, 04, 06, 08, 12, 13 et 15
L'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux
Les centres de santé et de services sociaux suivants : Chicoutimi, Portneuf, Vieille Capitale, Québec-Nord, Charlevoix, Maskinongé, Drummond, Cavendish, Cœur-de-l'Île, les Eskers, Rouyn-Noranda, Vallée-de-l'Or, Montmagny-L'Islet, Grand Littoral, Laval, Thérèse-de-Blainville, des Sommets, Saint-Jérôme.
Les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes suivants : Carrefour de santé de Jonquière, Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve, Centre Dollard-Cormier-Institut universitaire sur les dépendances, Centre Normand, Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches, Centre Le Maillon de Laval, Centre André-Boudreau

4. Établissement gestionnaire de la subvention : Université de Montréal

5. Titre du projet de recherche : Évaluation d'implantation du programme Alcochoix+

6. Numéro du projet de recherche : 2008-TO-120890

7. Titre de l'action concertée : L'intervention dans le secteur des dépendances.

8. Partenaire de l'action concertée : ministère de la Santé et des Services sociaux.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réussite de cette étude d'implantation du programme Alcochoix+.

D'abord, mentionnons les intervenants et intervenantes des CSSS et des CRPAT qui ont collaboré avec enthousiasme et générosité. Les intervenants des CSSS ont complété des fiches d'usagers, rempli un questionnaire et tous se sont déplacés pour parler de leur expérience avec ce programme de boire contrôlé, en ont relevé les forces et les faiblesses et commenté les résultats de l'étude. Cette collaboration fut telle que même les intervenants qui n'étaient plus en poste à la fin de l'étude nous ont retourné leur questionnaire. Ce fut très apprécié !

Ensuite, nous désirons souligner la collaboration des Agences de la santé et des services sociaux des huit régions participantes (Montréal, Laval, Capitale-Nationale, Chaudière-Appalaches, Mauricie/Centre-du-Québec, Saguenay/Lac St-Jean, Abitibi et Laurentides) qui ont accepté d'organiser une rencontre d'information avant de démarrer la cueillette de données dans leur région et leurs répondants qui ont partagé leur expérience au cours d'une entrevue téléphonique et ont commenté les résultats de l'étude.

Par ailleurs, nous ne pouvons passer sous silence la contribution de l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux qui a soutenu le projet et a encouragé ses membres à y participer. À cette contribution, il faut ajouter celle des gestionnaires de tous les CSSS qui ont permis que leurs intervenants s'impliquent dans cette étude et qui ont commenté les résultats de l'étude.

Nous tenons également à exprimer notre reconnaissance envers les étudiantes qui ont travaillé avec acharnement et minutie afin de mener à terme ce projet. Marie-Ève Demers a permis de démarrer le projet du bon pied, elle a créé des liens significatifs avec les participants et a effectué le suivi de façon structurée et conforme à la méthodologie pendant toute la période de cueillette des données. Finalement, elle a facilité l'intégration de la nouvelle arrivante avant de nous quitter pour occuper un poste permanent ailleurs. Catherine Patenaude a poursuivi le travail avec une rigueur et une disponibilité digne de mention. Elle a transcrit tous les verbatims, codifié les données sur N'Vivo, analysé les données qualitatives, effectué la recension des écrits et participé de façon importante à la rédaction du rapport. Véronique Chadillon-Farinacci est venue nous aider à préparer la présentation des résultats, elle nous a créé un magnifique document *Power Point*. Enfin, Thierry Favrod-Coune, stagiaire postdoctoral formé au programme Alcochoix+ en Suisse, a participé à toutes les discussions méthodologiques, à l'interprétation des données et a émis de précieux commentaires lors de la rédaction du rapport.

Pour terminer, nous voulons remercier le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture ainsi que son partenaire dans cette action concertée, le ministère de la Santé et des Services sociaux, pour la subvention qu'il a accordée à cette étude d'évaluation d'implantation du programme Alcochoix+.

Louis-Georges Cournoyer
Hélène Simoneau
Michel Landry
Joël Tremblay

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS ... 3

TABLE DES MATIÈRES ... 4

LISTE DES TABLEAUX ... 9

LISTE DES FIGURES ... 9

AVANT-PROPOS ... 10

RÉSUMÉ ... 11

RAPPORT SCIENTIFIQUE INTÉGRAL ... 14

PARTIE A – CONTEXTE DE LA RECHERCHE ... 15

1. PROBLÉMATIQUE ... 15
2. PRINCIPALES QUESTIONS DE RECHERCHE ET /OU HYPOTHÈSES ... 16
3. OBJECTIFS POURSUIVIS ... 16

PARTIE B – PISTES DE SOLUTION EN LIEN AVEC LES RÉSULTATS ... 17

OBJECTIF 1. VÉRIFIER SI L'INTERVENTION RESPECTE LE CANEVAS DU PROGRAMME «OFFICIEL» TANT AU PLAN DU CONTENU QUE DES MODALITÉS DE DISPENSATION DU PROGRAMME ... 17
Recommandation aux personnes responsables de la formation ... 17
OBJECTIF 2. VÉRIFIER SI LE PROFIL DE LA CLIENTÈLE REJOINTE CORRESPOND À CELUI DE LA CLIENTÈLE CIBLE ... 17
2.1 Respect des critères d'éligibilité ... 17
Recommandation aux formateurs et aux concepteurs du programme (ou formateurs de formateurs) ... 17
2.2 Public cible et recrutement ... 18
Recommandation aux responsables des communications des CSSS, des Agences et du MSSS ... 18
OBJECTIF 3. VÉRIFIER SI LE PROGRAMME EST INTÉGRÉ AU RÉSEAU DE SOINS ET DE SERVICES DU QUÉBEC ... 18
Recommandation à la direction des CSSS et des CRPAT ... 18
Recommandation aux formateurs ... 18
Recommandation à la direction des CSSS et aux Agences ... 18
OBJECTIF 4. VÉRIFIER SI LA FORMATION REÇUE FACILITE LA COMPRÉHENSION ET L'APPLICATION DU PROGRAMME ... 19
Recommandation au responsable des formations et au MSSS ... 19
Recommandation au responsable de la formation et aux concepteurs du programme (formateurs de formateurs) ... 19
OBJECTIF 5. IDENTIFIER LES OBSTACLES SURMONTÉS OU À SURMONTER PENDANT L'IMPLANTATION ... 19
Recommandation aux Agences et au MSSS ... 19
Recommandation aux CSSS, aux Agences et au MSSS ... 19
Recommandation pour les Agences et les CSSS ... 20

PARTIE C – MÉTHODOLOGIE ... 20

PARTIE D – RÉSULTATS ... 21

OBJECTIF 1. VÉRIFIER SI L'INTERVENTION RESPECTE LE CANEVAS DU PROGRAMME «OFFICIEL» TANT AU PLAN DU CONTENU QUE DES MODALITÉS DE DISPENSATION DU PROGRAMME ... 21

1.1 Jusqu'à quel point les intervenants se conforment-ils au contenu du manuel de l'intervenant? 21
1.2 Est-ce que toutes les modalités de dispensation du programme sont offertes dans toutes les régions? 21
Objectif 2. Vérifier si le profil de la clientèle rejointe correspond à celui de la clientèle cible 21
2.1 Est-ce que la sélection de la clientèle admise au programme respecte les critères d'éligibilité du programme? 21
2.2 Est-ce que le marketing rejoint la population cible? 22
Objectif 3. Vérifier si le programme est intégré au réseau de soins et de services du Québec 22
Comment l'arrimage entre les services de première et de deuxième ligne s'effectue-t-il tant au niveau de l'orientation des usagers que du soutien offert par la deuxième ligne? 22
Objectif 4. Vérifier si la formation reçue facilite la compréhension et l'application du programme 23
4.1 La formation reçue permet-elle de bien appliquer le programme? 23
4.2 Quel est le niveau de satisfaction à l'égard de la formation reçue? 23
4.3 La satisfaction par rapport à la formation reçue est-elle la même chez les intervenants qui ont été formés lors du projet pilote que chez ceux qui ont été formés par les nouveaux formateurs? 23
Objectif 5. Identifier les obstacles surmontés ou à surmonter pendant l'implantation 24
5.1 Quels sont les obstacles qui ont été rencontrés pendant l'implantation? 24
5.2 Quelles ont été les solutions apportées? Quels éléments ont facilité l'implantation? 24
Principales contributions 25

PARTIE E – PISTES DE RECHERCHE 25

PARTIE F – RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE 25

ANNEXE 1 : RECENSION DES ÉCRITS 27

1.1 L'innovation 28
1.2 La diffusion des innovations 28
1.3 L'implantation de programme 30
1.4 Déterminants du processus d'innovation 31
1.4.1 Obstacles à l'implantation 34
1.4.2 Facilitateurs à l'implantation ou recommandations pour une implantation réussie 34
1.4.3 L'évaluation d'implantation 35

ANNEXE 2 : MÉTHODOLOGIE 38

2.1 Les régions participantes 39
2.1.1 Montréal 39
2.1.2 Laval 39
2.1.3 Chaudières-Appalaches 39
2.1.4 Capitale-Nationale 40
2.1.5 Laurentides 41
2.1.6 Mauricie/Centre-du-Québec 41
2.1.7 Saguenay/Lac Saint-Jean 41
2.1.8 Abitibi-Témiscamingue 42
2.2 Déroulement 42
2.3 Sources d'information 44
2.3.1 Fiches d'usager 44
2.3.2 Questionnaires des intervenants 45
2.3.3 Groupes de discussion 45

2.3.4 Entrevues téléphoniques *45*
2.3.5 Questionnaires sur les obstacles à l'implantation *45*
2.4 Les participants **46**
2.5 Stratégie d'analyse **46**
2.5.1 Analyses quantitatives *46*
2.5.2 Analyses qualitatives *47*

ANNEXE 3 : RÉSULTATS **49**

3.1 Objectif 1. Vérifier si l'intervention respecte le canevas du programme «officiel» tant au plan du contenu que des modalités de dispensation du programme (formules autonome, guidée et en groupe) **50**
3.1.1 Est-ce que toutes les modalités de dispensation de programme sont offertes dans toutes les régions? *50*
3.1.2 Jusqu'à quel point les intervenants se conforment-ils au contenu du manuel de l'intervenant? *51*
3.1.2.1 Attitudes des intervenants envers le programme 51
3.1.2.2 Fidélité au contenu lors des interventions 52
3.2 Objectif 2. Vérifier si le profil de la clientèle rejointe correspond à celui de la clientèle cible **58**
3.2.1 Est-ce que la sélection de la clientèle admise au programme respecte les critères d'éligibilité du programme ? *58*
3.2.2 Est-ce que le marketing (publicité auprès de la population générale et orientations en provenance des autres services sociaux et de santé suite à l'utilisation d'une stratégie de détection) rejoint la population cible ? *63*
3.3 Objectif 3. Vérifier si le programme est intégré au réseau de soins et de services sociaux du Québec **66**
3.3.1 Comment l'arrimage entre les services de première et de deuxième ligne s'effectue-t-il tant au niveau de l'orientation des usagers que du soutien offert par la deuxième ligne ? *66*
3.3.1.1 Qualité de la collaboration 66
3.3.1.2 Orientations et critères d'admissibilité 67
3.3.1.3 Recours à la personne-ressource 69
3.3.1.4 Rôle joué et vision du rôle de la personne-ressource CRPAT 70
3.3.1.5 Obstacles à l'arrimage 71
3.3.1.6 Facilitateurs et pistes de solution à l'arrimage 72
3.4 Objectif 4. Vérifier si la formation reçue facilite la compréhension et l'application du programme **74**
3.4.1 La formation reçue permet-elle de bien appliquer le programme ? *74*
3.4.1.1 Personne-ressource Alcochoix+ 76
3.4.2 Quel est le niveau de satisfaction à l'égard de la formation reçue ? *77*
3.4.2.1 Pistes de solution 82
3.4.3 La satisfaction par rapport à la formation reçue est-elle la même chez les intervenants qui ont été formés lors du projet pilote que chez ceux qui ont été formés par les nouveaux formateurs ? *84*
3.5 Objectif 5. Identifier les obstacles surmontés ou à surmonter pendant l'implantation **85**
3.5.1 Quels sont les obstacles qui ont été rencontrés pendant l'implantation ? *85*
3.5.1.1 Lacunes au niveau de la publicité et de la promotion 86
3.5.1.2 Manque de ressources financières 88
3.5.1.3 Roulement de personnel à tous les paliers 89
3.5.1.4 Manque de leadership dans la prise en charge du programme 90
3.5.1.5 Communication/circulation de l'information 91
3.5.1.6 Manque de temps des intervenants 92
3.5.1.7 Au niveau organisationnel : Réorganisation des services en dépendances 93

3.5.1.8 Au niveau organisationnel : Gestion du mandat Alcochoix+ 94
3.5.1.9 Méconnaissance de l'existence du programme 94
3.5.1.10 Réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux 95
3.5.1.11 Matériel promotionnel 95
3.5.1.12 Isolement des intervenants 95
3.5.1.13 Priorités et exigences gouvernementales 96
3.5.1.14 Méconnaissance de l'approche sous-jacente au programme 96
3.5.1.15. Manque d'accessibilité de la formation 97
3.5.1.16 Faible taux d'achalandage 98
3.5.1.17 Désinvestissement des intervenants 99
3.5.1.18 Contexte régional 99
3.5.1.19 Problèmes de monitorage avec l'ICLSC 99
3.5.2 Quelles ont été les solutions apportées ? Quels éléments ont facilité l'implantation ? 100
3.5.2.1 Coordination 100
3.5.2.2 Marketing (Publicité et promotion) 101
3.5.2.3 Financement 101
3.5.2.4 Connaissance du programme/sensibilisation 102
3.5.2.5 Intégration du programme Alcochoix+ au programme dépendance et formation DEBA Alcool-Drogues 103
3.5.2.6 Soutien entre intervenants Alcochoix+ et recours à la personne-ressource 103
3.5.2.7 Existence de l'ancien programme ou nouveauté 104
3.5.2.8 Implantation ou formation simultanée à l'échelle régionale 104
3.5.2.9 Programme bien défini et facile à vendre 104
3.5.2.10 Gestion du temps des intervenants 105
3.5.2.11 Priorisation et exigences gouvernementales 105
3.5.2.12 Adéquation entre le programme offert et les besoins reconnus 105
3.5.2.13 Centralisation des services 106
3.5.2.14 Ressources humaines 106
3.5.2.15 Évaluer le programme et documenter son efficience 106
3.5.2.16 Implication d'un coordonnateur au programme 107
3.5.2.17 Adapter le programme au contexte local ou régional 107
3.5.2.18 Former des formateurs régionaux et élargir l'accès à la formation 107
3.5.2.19 Autres pistes de solution et éléments facilitateurs mentionnés 107
3.6 Groupes de présentation des résultats 108
3.7 Convergence, divergence et modalisation des interrelations entre les obstacles 109
3.7.1 Divergences en fonction des sources d'information 110
3.7.2 Différences régionales 110
3.7.3 Déterminants de l'implantation 110
3.7.3.1 Interrelations entre les obstacles 111

ANNEXE 4 : INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS 117

4.1 Vérifier si l'intervention respecte le canevas du programme «officiel» tant au plan du contenu que des modalités de dispensation du programme (formules autonome, guidée et en groupe) 118
4.2 Vérifier si le profil de la clientèle rejointe correspond à celui de la clientèle cible 119
4.3 Vérifier si le programme est intégré au réseau de soins et de services sociaux du Québec 121
4.4 Vérifier si la formation reçue facilite la compréhension et l'application du programme 121
4.5 Identifier les obstacles surmontés ou à surmonter pendant l'implantation 122

ANNEXE 5 : CONCLUSION 125

ANNEXE 6 : RÉFÉRENCES...128

ANNEXE 7 : EXEMPLES DE FORMULAIRES DE CONSENTEMENT 133

ANNEXE 8 : AVIS ÉTHIQUE DU GROUPE DE PRÉSENTATION DES RÉSULTAT.................................145

ANNEXE 9 : QUESTIONNAIRES ET CANEVAS DES GROUPES DISCUSSION ET DE L'ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE 147

ANNEXE 10 : SIGLES COURAMMENT UTILISÉS DANS LE TEXTE 169

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Contexte régional des régions participantes ... 40
Tableau 2. Satisfaction professionnelle reliée au rôle d'intervenant au programme Alcochoix+ ... 51
Tableau 3. Corrélations entre les croyances, les attitudes et le nombre de fiches d'usagers par région. ... 53
Tableau 4. Proportion du contenu des rencontres qui provient directement du programme ... 53
Tableau 5. Fréquence de présentation du contenu aux usagers. ... 54
Tableau 6. Admission au programme selon le niveau de scolarité ... 58
Tableau 7. Distribution des usagers selon le niveau de scolarité par région et comparaison avec la population régionale. ... 59
Tableau 8. Profil de la consommation des usagers en fonction du sexe. ... 60
Tableau 9. Profil de la consommation des usagers en fonction de l'admission au programme. ... 60
Tableau 10. Taux d'admission au programme en fonction du score au QBDA ... 60
Tableau 11. Sources de référence au programme en fonction des régions ... 63
Tableau 12. Temps écoulé entre le moment où l'usager a entendu parler du programme pour la première fois et l'appel (en jours). ... 65
Tableau 13. Présence de personne-ressource Alcochoix+ dans la région ... 76
Tableau 14. Priorisation des obstacles à l'implantation du programme Alcochoix+ ... 86
Tableau 15. Importance des obstacles à l'implantation du programme Alcochoix+ en fonction des régions pilotes et nouvelles ... 87

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Pourcentage cumulatif des usagers qui ont appelé Alcochoix+ en fonction du temps dans les régions pilotes et les régions nouvelles ... 65
Figure 2. Interrelations entre les obstacles à l'implantation ... 112

AVANT-PROPOS

Ce document a été préparé selon le modèle proposé par le Fonds de recherche sur la société et la culture Québec pour la rédaction d'un rapport scientifique conçu à l'intention des décideurs, gestionnaires et intervenants. Ainsi, le résumé est tout d'abord présenté. La section intitulée «rapport de recherche intégral» contient les principaux éléments de l'étude présentés de façon synthétique (Parties A à F). Les recommandations (Partie B) apparaissent avant les résultats (Partie D) dont ils découlent. Puis, les annexes, plus détaillées, permettent au lecteur de mieux connaître l'état des connaissances (recension des écrits), la méthodologie utilisée, l'ensemble des résultats obtenus, l'interprétation de ces résultats, etc. Les annexes sont présentées à la manière d'un rapport de recherche plus «classique».

RÉSUMÉ

1. Chercheur principal : Louis-Georges Cournoyer, Université de Montréal

2. Cochercheurs : Hélène Simoneau et Michel Landry,
Centre Dollard-Cormier-Institut universitaire sur les dépendances
Joël Tremblay, Université du Québec à Trois-Rivières

3. Partenaires du milieu impliqués dans la réalisation du projet :
Les Agences de la santé et des services sociaux des régions 02, 03, 04, 06, 08, 12, 13 et 15
L'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux
Les centres de santé et de services sociaux suivants : Chicoutimi, Portneuf, Vieille Capitale, Québec-Nord, Charlevoix, Maskinongé, Drummond, Cavendish, Cœur-de-l'Île, les Eskers, Rouyn-Noranda, Vallée-de-l'Or, Montmagny-L'Islet, Grand Littoral, Laval, Thérèse-de-Blainville, des Sommets, Saint-Jérôme.
Les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes suivants : Carrefour de santé de Jonquière, Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve, Centre Dollard-Cormier-Institut universitaire sur les dépendances, Centre Normand, Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches, Centre Le Maillon de Laval, Centre André-Boudreau

4. Établissement gestionnaire de la subvention : Université de Montréal

5. Titre du projet de recherche : Évaluation d'implantation du programme Alcochoix+

6. Numéro du projet de recherche : 2008-TO-120890

7. Titre de l'action concertée : L'intervention dans le secteur des dépendances.

8. Partenaire de l'action concertée : ministère de la Santé et des Services sociaux.

Des données concernant le profil des usagers ainsi que des informations recueillies auprès des intervenants qui offrent le programme Alcochoix+ et des répondants régionaux de huit régions ont permis d’atteindre les objectifs de l’étude et de suggérer des pistes de solution.

Objectif 1 : Respect du programme «officiel». À quelques exceptions près, l’intervention respecte bien le canevas du programme officiel. Toutefois, une minorité d’intervenants ne croient pas en l’objectif de boire contrôlé, approche sur laquelle repose Alcochoix+, ne sont pas intéressés par le programme et font des modifications majeures au contenu. Des «Pré-requis pour s’inscrire à la formation de base» ont été définis par les concepteurs du programme. Il s’agit : 1) de posséder des compétences en relation d’aide; (2) d’entretenir des croyances compatibles avec l’objectif de boire contrôlé et (3) d’avoir de l’intérêt pour ce type de programme.

Lors de la planification des formations, les responsables devraient s’assurer que les personnes qui seront formées possèdent ces pré-requis. L’application de ce processus de sélection permettra de limiter le nombre d’intervenants qui ne respectent pas le canevas du programme «officiel» lors de leurs interventions auprès des usagers.

Objectif 2 : Comparaison du profil de la clientèle rejointe avec la clientèle cible. En général, les critères d’éligibilité sont respectés quant à l’admission de la clientèle dans le programme. Cependant, on admet parfois des usagers non admissibles pour diverses raisons (ex. : l’usager ne veut pas être réorienté, il n’y pas de service mieux adapté aux besoins de l’usager). Lors des formations d’intervenants, les formateurs devraient insister sur les critères d’admissibilité et s’assurer qu’ils sont compris de tous.

Quant au recrutement des usagers au programme Alcochoix+, la publicité auprès de la population générale et le recours aux références en provenance des autres services présentent chacun des avantages qui leur sont propres et permettent de rejoindre une portion distincte de la population cible. Les deux modes de recrutement devraient donc coexister afin de rejoindre un public plus large.

Objectif 3 : Intégration du programme au réseau de soins et de services du Québec. La majorité des centres de santé et de services sociaux (CSSS) ont une bonne collaboration avec le Centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (CRPAT) de leur région. Quelques régions nouvelles ont un peu plus de difficultés. Parmi les obstacles évoqués, on retrouve la réorganisation des services en lien avec le mandat dépendances, le manque de communication entre les deux niveaux de service et le roulement de personnel. Certains irritants dans le processus de référence ont aussi été observés. De plus, les personnes ressources des CRPAT rapportent qu’elles sont peu sollicitées et soulignent le flou entourant leur rôle.

La création d’ententes de services clarifiant le processus de référence et spécifiant le rôle et les responsabilités de chaque institution devrait faciliter l’arrimage entre la première et la deuxième ligne. Au niveau des services de première ligne, l’identification d’une personne responsable à la fois du programme Alcochoix+ et du programme dépendances ainsi que sa participation à un mécanisme de concertation régionale pourraient également simplifier les échanges. De plus, les formateurs devraient insister sur le rôle des personnes ressource et clarifier le mandat de soutien à la première ligne confié aux CRPAT afin d’accroître le recours aux personnes ressource et réduire la confusion entourant leurs rôles.

Objectif 4 : Satisfaction et pertinence de la formation. Les intervenants considèrent que la formation permet de bien appliquer le programme. En général, la satisfaction envers la formation reçue est assez élevée. Peu de participants à cette étude ont été formés par de nouveaux formateurs; ce qui ne permet pas de comparer la satisfaction entre ceux qui ont été formés lors du projet pilote et ceux qui ont été formés par les nouveaux formateurs. Par contre, des critiques sont émises par rapport à l'accessibilité de la formation : la fréquence est trop faible et il est difficile de recruter le nombre de personnes exigées pour que les formateurs se déplacent en région.

Former des formateurs régionaux devrait faciliter l'accès à la formation dans les régions en la rendant disponible à un plus petit nombre d'intervenants à des coûts abordables. En attendant que toutes les régions aient leurs propres formateurs, des mesures transitoires pourraient être mises en place telles qu'assouplir le nombre de personnes exigées pour que les formateurs se déplacent dans une région, songer à un mécanisme de formation à distance ou encore un «coaching» régional. De plus, la mise sur pied d'un mécanisme de soutien ou de supervision pour les formateurs devrait assurer une formation de qualité uniforme dans l'ensemble des régions.

Objectif 5 : Obstacles à l'implantation et pistes de solution. Les trois principaux obstacles identifiés par les participants de l'étude sont : 1) des lacunes au niveau de la publicité et de la promotion ; 2) le manque de ressources humaines et financières consacrées au programme et 3) le roulement de personnel à tous les paliers.

L'ensemble des participants souhaitent vivement que le budget Alcochoix+ soit récurrent et dédié spécifiquement à ce programme. Ceci permettrait de s'assurer que l'implantation ait lieu dans l'ensemble des régions, soulignerait l'importance accordée au développement de ce programme et permettrait de créer des postes d'intervenants en dépendance incluant l'intervention Alcochoix+.

Les participants soulignent également l'importance d'augmenter la publicité en quantité et en qualité à l'intérieur d'une stratégie nationale de promotion. La promotion devrait non seulement faire connaître le programme mais aussi l'approche qui le sous-tend à savoir qu'il n'est pas nécessaire d'être dépendant de l'alcool pour que la consommation présente des risques pour la santé et qu'il est possible de réduire sa consommation sans viser l'abstinence.

Enfin, tous s'entendent sur l'importance d'une table régionale où sont présents l'ensemble des acteurs régionaux. En plus de faciliter la transmission d'information, de créer une cohésion inter-établissements et de briser l'isolement des intervenants, une table régionale permet de s'assurer que le programme subsiste au-delà des mouvements de personnel dans le réseau.

Contexte et historique du projet. En 2002, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) accorde au Groupe Recherche Intervention sur les Substances Psychoactives-Québec une subvention visant à créer un nouveau programme de gestion de la consommation d'alcool. En 2004, Alcochoix+ est expérimenté dans quatre régions pilotes auprès de 112 usagers. Le programme est attrayant auprès de la clientèle cible et les commentaires reçus permettent d'en améliorer le contenu. Conformément au plan d'action du MSSS, le programme est en cours d'implantation afin d'être accessible dans tous les CSSS du Québec d'ici 2012. À ce stade, le MSSS souhaitait connaître l'état d'implantation d'Alcochoix+ afin de planifier une étude d'impact et d'envisager des pistes de solutions facilitant l'implantation du programme.

RAPPORT SCIENTIFIQUE INTÉGRAL

1. Chercheur principal : Louis-Georges Cournoyer, Université de Montréal

2. Cochercheurs : Hélène Simoneau et Michel Landry,
Centre Dollard-Cormier-Institut universitaire sur les dépendances
Joël Tremblay, Université du Québec à Trois-Rivières

3. Partenaires du milieu impliqués dans la réalisation du projet :
Les Agences de la santé et des services sociaux des régions 02, 03, 04, 06, 08, 12, 13 et 15
L’Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux
Les centres de santé et de services sociaux suivants : Chicoutimi, Portneuf, Vieille Capitale, Québec-Nord, Charlevoix, Maskinongé, Drummond, Cavendish, Cœur-de-l’Île, les Eskers, Rouyn-Noranda, Vallée-de-l’Or, Montmagny-L’Islet, Grand Littoral, Laval, Thérèse-de-Blainville, des Sommets, Saint-Jérôme.
Les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes suivants : Carrefour de santé de Jonquière, Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve, Centre Dollard-Cormier-Institut universitaire sur les dépendances, Centre Normand, Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches, Centre Le Maillon de Laval, Centre André-Boudreau

4. Établissement gestionnaire de la subvention : Université de Montréal

5. Titre du projet de recherche : Évaluation d’implantation du programme Alcochoix+

6. Numéro du projet de recherche : 2008-TO-120890

7. Titre de l’action concertée : L’intervention dans le secteur des dépendances.

8. Partenaire de l’action concertée : ministère de la Santé et des Services sociaux.

PARTIE A – CONTEXTE DE LA RECHERCHE[1]

1. Problématique

En 2002, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) accorde au RISQ (Groupe Recherche Intervention sur les Substances psychoactives-Québec) une subvention visant à créer un nouveau programme de gestion de la consommation d'alcool. Après avoir effectué une recension des écrits au sujet de ces programmes et après avoir consulté des intervenants, une version préliminaire du programme Alcochoix+ voit le jour. Ce document circule parmi ces intervenants, puis est modifié en fonction des commentaires recueillis.

En mars 2004, 26 intervenants provenant de quatre régions pilotes (Montréal, Québec, Chaudière-Appalaches et Laval) sont formés et le nouveau programme est expérimenté auprès de 112 usagers. Les intervenants sont à nouveau consultés afin d'échanger en groupe au sujet de leur expérience avec le nouveau programme. De plus, ils répondent à un questionnaire visant à connaître leurs perceptions face au guide des usagers et au manuel de formation. Enfin, 55 usagers répondent à un questionnaire visant à connaître leur perception du programme, en accordant une attention particulière à l'évaluation de la validité apparente (*face validity*) du guide des usagers. Dans l'ensemble, les résultats sont très satisfaisants (ex.: 89,1% des usagers considèrent que le programme les a aidés à réduire leur consommation, 94% des participants recommanderaient le programme à un ami, le guide est utile, facile à lire et contient une quantité d'information adéquate) (Simoneau, Landry et Tremblay, 2005).

La pré-expérimentation a permis de s'assurer que le programme (particulièrement le guide des usagers) était attrayant et satisfaisant auprès de la clientèle cible. De plus, elle a permis d'en améliorer le contenu en fonction des commentaires émis tant par les intervenants que par les usagers. En effet, les commentaires et suggestions ont conduit à la modification de certains exercices qui ont eux-mêmes été à la source de rétroactions communiquées aux concepteurs du programme. Ce processus de modification/expérimentation/rétroaction s'est poursuivi jusqu'à ce que tous les exercices soient satisfaisants. La version 1.2 du guide des usagers (Simoneau, Landry et Tremblay, 2004) et la version 1.5 du manuel de formation des intervenants (Simoneau, Landry et Tremblay, 2005) sont maintenant disponibles.

Le programme Alcochoix+ est offert en trois formules : (1) la formule autonome où l'individu suit le programme seul à l'aide d'un guide (bibliothérapie), (2) la formule guidée où l'individu rencontre un intervenant pour le soutenir dans sa démarche (deux à six rencontres) et (3) la formule groupe où les usagers participent à six rencontres hebdomadaires de 90 minutes. Puisque le programme peut être suivi de façon autonome, ses ingrédients actifs font partie intégrante du contenu du guide des usagers. Selon les prédictions qui découlent des modèles théoriques utilisés pour la conception du programme, les ingrédients actifs du programme Alcochoix+ correspondent aux éléments communs des programmes de boire contrôlé: (1) auto-observation de la consommation, (2) établissement d'un objectif de traitement spécifique, (3) identification des situations à haut risque, (4) stratégies pour réduire ou éviter

[1] Cette section présente la problématique, les questions de recherche et les objectifs. Pour la recension des écrits concernant l'évaluation d'implantation, voir l'annexe 1.

la consommation, (5) stratégies d'adaptation autres que la consommation et (6) auto-renforcement pour l'atteinte des objectifs (Miller, Leckman, Delaney et Tinkcom, 1992).

L'offre de service du MSSS (2007) prévoit que les programmes de gestion de la consommation de type Alcochoix devront être accessibles dans tous les centres de santé et de services sociaux (CSSS) du Québec d'ici 2012. Quatre équipes de formateurs sont maintenant disponibles pour former les intervenants nécessaires à ce déploiement. Ces équipes sont constituées d'un intervenant de centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (expertise en toxicomanie) et d'un intervenant ALCOCHOIX+ offrant le programme dans un CSSS – mission CLSC (expertise avec la clientèle du programme). En plus de former les futurs intervenants, les formateurs jouent aussi un rôle de personne-ressource auprès des intervenants. L'ensemble des partenaires oeuvrant à la mise en place et la dispensation de ce programme ont souhaité obtenir plus d'informations sur l'implantation du programme. Dans le cadre du programme de subvention « Actions concertées » du FQRSC, la recherche devait répondre à un certain nombre de questions dont voici les principales.

2. Principales questions de recherche et /ou hypothèses

1) Jusqu'à quel point les intervenants se conforment-ils au contenu du manuel de l'intervenant? Est-ce que toutes les modalités de dispensation du programme sont offertes dans toutes les régions?
2) Est-ce que la sélection de la clientèle admise au programme respecte les critères d'éligibilité du programme? Est-ce que le mode de recrutement (publicité auprès de la population générale et orientations en provenance des autres services sociaux et de santé suite à l'utilisation d'une stratégie de détection) rejoint la population cible?
3) Comment l'arrimage entre les services de première et de deuxième ligne s'effectue-t-il tant au niveau de l'orientation des usagers que du soutien offert par la deuxième ligne?
4) La formation reçue permet-elle de bien appliquer le programme? Quel est le niveau de satisfaction à l'égard de la formation reçue? La satisfaction par rapport à la formation reçue est-elle la même chez les intervenants qui ont été formés lors du projet pilote que chez ceux qui ont été formés par les nouveaux formateurs?
5) Quels sont les obstacles qui ont été rencontrés pendant l'implantation? Quelles ont été les solutions apportées? Quels éléments ont facilité l'implantation?
6) Dans quelles conditions historiques, politiques, humaines et matérielles le programme Alcochoix+ a-t-il été implanté? Jusqu'à quel point ces conditions diffèrent-elles d'une région à l'autre? Ces différences permettent-elles d'expliquer les variations régionales observées au niveau de l'implantation (si tel est le cas)?

3. Objectifs poursuivis

La présente étude vise à :

1) vérifier si l'intervention respecte le canevas du programme «officiel» tant au plan du contenu que des modalités de dispensation du programme (formules autonome, guidée et en groupe);
2) vérifier si le profil de la clientèle rejointe correspond à celui de la clientèle cible;
3) vérifier si le programme est intégré au réseau de soins et de services du Québec;
4) vérifier si la formation reçue facilite la compréhension et l'application du programme;
5) identifier les obstacles surmontés ou à surmonter pendant l'implantation ;

6) documenter le contexte régional entourant l'implantation du programme Alcochoix+ dans chaque région participante. Ceci permettra de nuancer au besoin les cinq autres objectifs. Les résultats ne seront donc pas présentés dans une section spécifique.

PARTIE B – PISTES DE SOLUTION EN LIEN AVEC LES RÉSULTATS

Cette partie présente, pour chacun des objectifs, un survol des principaux résultats et des pistes de solution visant à faciliter l'implantation du programme Alcochoix+ au niveau provincial.

Objectif 1. Vérifier si l'intervention respecte le canevas du programme «officiel» tant au plan du contenu que des modalités de dispensation du programme

À quelques exceptions près, l'intervention respecte bien le canevas du programme officiel. Toutefois, une minorité d'intervenants ne croient pas en l'objectif de boire contrôlé (2,8 %), approche sur laquelle repose Alcochoix+, ou sont insatisfaits de leur rôle d'intervenant au programme (16,2 %). Un seul groupe de discussion fait état de modifications majeures au contenu lors de l'application du programme.

Recommandation aux personnes responsables de la formation : la personne responsable de la formation devrait s'assurer de transmettre les «pré-requis pour s'inscrire à la formation de base[2] » au responsable de l'Agence qui planifie une formation dans sa région. Ce dernier devrait à son tour s'assurer que les personnes qui seront formées ont les caractéristiques requises pour cette formation. L'application de ce processus de sélection devrait permettre de limiter le nombre d'intervenants qui ne respectent pas le canevas du programme «officiel» lors de leurs interventions auprès des usagers.

Objectif 2. Vérifier si le profil de la clientèle rejointe correspond à celui de la clientèle cible

2.1 Respect des critères d'éligibilité

En général, la clientèle admise au programme respecte les critères d'éligibilité. Cependant, des usagers qui ne correspondent pas aux critères d'admissibilité sont parfois acceptés pour diverses raisons qui sont énumérées dans la section 3.2.1 de l'annexe «Résultats».

Recommandation aux formateurs et aux concepteurs du programme (ou formateurs de formateurs) : les concepteurs du programme (ou autres formateurs de formateurs) devraient profiter de la rencontre annuelle avec les formateurs pour clarifier les critères du DÉBA A/D, particulièrement la «zone grise», et leur rappeler qu'il n'est plus nécessaire d'avoir une discussion de cas avec la personne-ressource du CRPAT pour chaque usager qui cote dans cette zone[3]. Ils devraient aussi mentionner aux formateurs l'importance de distinguer les critères d'exclusion (critères de non-admissibilité au

[2] Les « pré-requis pour s'inscrire à la formation de base» ont été définis par les concepteurs du programme. Il s'agit de : posséder des compétences en relation d'aide; d'entretenir des croyances compatibles avec l'objectif de boire contrôlé et d'avoir de l'intérêt pour ce type de programme.

[3] La nouvelle version du manuel d'utilisation du DÉBA-A/D propose des indices permettant aux intervenants de prendre une décision sans avoir à communiquer avec la deuxième ligne à chaque fois.

programme) et les critères à considérer lors de l'évaluation (critères qui nécessitent une évaluation plus approfondie afin de s'assurer que l'usager est présentement en mesure de bénéficier du programme ou de vérifier s'il a besoin d'aide supplémentaire).

Ainsi, lors des formations d'intervenants, les formateurs devraient être en mesure d'insister sur les critères d'admissibilité et de s'assurer que la distinction entre critères d'exclusion et critères à considérer est claire pour tous.

2.2 Public cible et recrutement

La publicité faite auprès de la population générale et le recours aux orientations en provenance des autres services présentent chacun des avantages qui leur sont propres et permettent de rejoindre une portion distincte de la population ciblée par le programme Alcochoix+.

Recommandation aux responsables des communications des CSSS, des Agences et du MSSS : les deux modes de recrutement devraient coexister afin de rejoindre un public plus large et diversifié.

Objectif 3. Vérifier si le programme est intégré au réseau de soins et de services du Québec

La majorité des CSSS ont une bonne collaboration avec le CRPAT de leur région. Quelques régions qui ont démarré l'implantation du programme Alcochoix+ après 2005 ont un peu plus de difficultés à cet égard. Parmi les obstacles évoqués, on retrouve la réorganisation des services en lien avec le « mandat dépendances »[4], le manque de communication entre les deux niveaux de service et le roulement de personnel. Certains irritants dans le processus d'orientation ont aussi été observés. De plus, les personnes-ressources des CRPAT rapportent qu'elles sont peu sollicitées et soulignent le flou entourant leur rôle.

Recommandation à la direction des CSSS et des CRPAT : créer un corridor de services avec ententes dans chacune des régions. Le contenu de ces ententes devrait clarifier le processus d'orientation, spécifier et clarifier le rôle et les responsabilités de chaque institution. Personnaliser le lien, par exemple, en identifiant une personne-ressource au CRPAT et une personne responsable au CSSS qui participent à un mécanisme de concertation régionale pourrait faciliter la communication entre les première et deuxième lignes. Qu'une seule personne assume à la fois la responsabilité du programme Alcochoix+ et du « mandat dépendances » en première ligne pourrait également simplifier les échanges.

Recommandation aux formateurs : lors des formations, clarifier et insister sur le rôle des personnes-ressources et le mandat de soutien à la première ligne confié aux CRPAT. Cette connaissance pourrait accroître le recours aux personnes-ressources et réduire la confusion entourant leurs rôles.

Recommandation à la direction des CSSS et aux Agences : s'assurer d'intégrer le programme Alcochoix+ à l'ensemble de l'offre de services du programme dépendances. Ceci permettrait

---

[4] Voir l'Offre de service 2007-2012 du programme-services dépendances (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007) pour une description de ce mandat.

d'offrir des services appropriés à l'ensemble des usagers, particulièrement ceux qui ne sont pas admissibles au programme Alcochoix+, mais dont la gravité de la problématique correspond à l'offre de services de la première ligne.

Objectif 4. Vérifier si la formation reçue facilite la compréhension et l'application du programme

Les intervenants considèrent que la formation permet de bien appliquer le programme. En général, la satisfaction envers la formation reçue est assez élevée. Peu de participants à cette étude ont été formés par de nouveaux formateurs, ce qui ne permet pas de comparer la satisfaction entre ceux qui ont été formés lors du projet pilote et ceux qui ont été formés par les nouveaux formateurs. Par contre, des critiques sont émises par rapport à l'accessibilité de la formation : la fréquence est trop faible et il est difficile de recruter le nombre de personnes exigées pour que les formateurs se déplacent en région.

Recommandation au responsable des formations et au MSSS : la formation de nouveaux formateurs régionaux devrait faciliter l'accès à la formation dans les régions et la rendre disponible même lorsqu'un petit nombre d'intervenants y sont inscrits et ce, à des coûts abordables.

En attendant que toutes les régions aient leurs propres formateurs, des mesures transitoires pourraient être mises en place. Voici quelques exemples de mesures qui pourraient être appliquées : le nombre de personnes exigées pour que les formateurs se déplacent dans une région pourrait être assoupli; on pourrait songer à un mécanisme de formation à distance ou encore à un «coaching» régional.

Recommandation au responsable de la formation et aux concepteurs du programme (formateurs de formateurs) : mettre sur pied un mécanisme de soutien ou de supervision pour les formateurs afin de s'assurer que la qualité de l'ensemble des formations soit satisfaisante et faciliter l'application du programme.

Objectif 5. Identifier les obstacles surmontés ou à surmonter pendant l'implantation

Les trois principaux obstacles identifiés par les participants de l'étude sont : les lacunes au niveau de la publicité et de la promotion, le manque de ressources consacrées au programme Alcochoix+ et le roulement de personnel à tous les paliers.

Recommandation aux Agences et au MSSS : augmenter la publicité en quantité et en qualité à l'intérieur d'une stratégie nationale de promotion. Une première étape de publicité, au niveau provincial, pourrait viser à transmettre la connaissance qui sous-tend l'approche, c'est-à-dire qu'il existe un continuum de consommation, qu'il n'est pas nécessaire d'être dépendant pour que la consommation présente des risques pour la santé et qu'il est possible de réduire sa consommation sans viser l'abstinence. Dans un deuxième temps, la publicité au niveau régional pourrait informer sur l'existence du programme Alcochoix+ et les lieux où il est dispensé.

Recommandation aux CSSS, aux Agences et au MSSS : l'ensemble des participants souhaitent vivement qu'un budget soit dédié spécifiquement au programme Alcochoix+. Ceci

permettrait de s'assurer que l'implantation ait lieu dans l'ensemble des régions et soulignerait l'importance accordée au développement de ce programme. De plus, un budget récurrent permettrait de créer des postes fixes d'intervenants en dépendance incluant l'intervention Alcochoix+, ce qui contribuerait à réduire le roulement de personnel et le manque de ressources humaines. La pertinence d'un budget dédié et récurrent ressort clairement d'une recension des écrits sur la diffusion et le maintien des innovations dans les systèmes de santé (Greenhalgh, *et al.*, 2004).

Recommandation pour les Agences et les CSSS : mettre en place une table régionale où seront présents tous les acteurs régionaux (responsable du programme de l'Agence, gestionnaires des CSSS responsables du programme dépendances, les intervenants des CSSS et la personne-ressource du CRPAT de la région et tout autre acteur au besoin). En plus de faciliter la transmission d'informations, de créer une cohésion inter-établissements et de briser l'isolement des intervenants, une table régionale permet de s'assurer que le programme subsiste au-delà des mouvements de personnel dans le réseau.

PARTIE C – MÉTHODOLOGIE

Les informations recueillies pour cette étude proviennent de cinq sources (voir annexe « Méthodologie », section 2.3): (1) la fiche de l'usager (profil de la clientèle, source de référence au programme et formule du programme suivie); (2) le questionnaire aux intervenants (modalités de dispensation du programme, arrimage avec les CRPAT, recours à la personne-ressource, attitude envers le programme, perception au sujet de l'implantation et fidélité au programme «officiel»); (3) les groupes de discussion avec les intervenants Alcochoix+ et les personnes-ressources des CRPAT (obstacles à l'implantation, pistes de solutions, formation et services offerts par les personnes-ressources); (4) une entrevue auprès des responsables régionaux (contexte régional); (5) un questionnaire distribué lors de la présentation des résultats préliminaires aux intervenants et aux gestionnaires (classification des obstacles par ordre d'importance). L'ensemble de ces sources permet de répondre à toutes les questions de recherche et, lorsque pertinent, de comparer les points de vue des différents acteurs.

Les quatre régions pilotes (03, 06, 12 et 13) et les quatre régions nouvelles sollicitées (02, 04, 08 et 15) ont participé à l'étude. Parmi les 26 CSSS qui offraient le programme dans ces régions, 18 (69%) CSSS se sont impliqués. Ainsi, les données proviennent de 38 intervenants de CSSS, huit personnes-ressources de CRPAT, huit responsables régionaux et 349 fiches d'usagers.

Des statistiques descriptives et de comparaison de moyennes sont utilisées pour traiter les données quantitatives. Une analyse verticale suivie d'une analyse horizontale permet de dégager les thèmes abordés dans les groupes de discussion, puis de révéler les convergences et les divergences en fonction des régions et des sources.

PARTIE D – RÉSULTATS

Objectif 1. Vérifier si l'intervention respecte le canevas du programme «officiel» tant au plan du contenu que des modalités de dispensation du programme

1.1 Jusqu'à quel point les intervenants se conforment-ils au contenu du manuel de l'intervenant?

Dans l'ensemble, les intervenants croient en l'objectif de boire contrôlé (97,2 %) et sont enthousiastes envers le programme (81 %). Seuls 16,2 % considèrent que leur rôle d'intervenant Alcochoix+ est peu ou n'est pas une source de satisfaction professionnelle et une minorité d'intervenants (13,5 %) sont au programme parce que leur supérieur l'exige sans leur avoir demandé leur avis. Plus il y a eu de demandes pour suivre le programme dans une région, plus les intervenants sont satisfaits de leur rôle et plus ils sont enthousiastes envers le programme. Les intervenants expliquent cette association comme un cycle positif où le fait de croire au programme les amène à en être de meilleurs promoteurs. En retour, l'affluence des usagers leur permet d'observer un plus grand nombre de succès thérapeutiques, ce qui renforce leur enthousiasme envers le programme.

Quant au contenu du manuel, la majorité s'y conforme (93,8 % des intervenants offrent Alcochoix+ en utilisant au moins 75 % du contenu du manuel) et, quand des modifications sont faites, elles prennent généralement la forme d'ajouts mineurs qui respectent l'esprit du programme. Des adaptations sont parfois effectuées afin de répondre aux besoins d'usagers non admissibles au programme.

1.2 Est-ce que toutes les modalités de dispensation du programme sont offertes dans toutes les régions?

Les formules individuelles et dirigées sont offertes dans toutes les régions alors que la formule groupe n'est offerte que dans trois régions. Les usagers (8,6 %) qui n'ont pas obtenu la formule de leur choix désiraient la formule groupe qui n'était pas disponible à cause d'un nombre parfois insuffisant ou parfois trop grand d'inscriptions (selon les régions). Une seule région a fixé le nombre de rencontres dirigées à deux alors que les autres allouent une flexibilité variant entre deux à six rencontres.

Objectif 2. Vérifier si le profil de la clientèle rejointe correspond à celui de la clientèle cible

2.1 Est-ce que la sélection de la clientèle admise au programme respecte les critères d'éligibilité du programme?

La majorité des usagers (90,4 %) évalués par les intervenants Alcochoix+ sont admis au programme[5]. Ils ont en moyenne 45,8 ans (É.T. = 11,3), près de la moitié sont des hommes (49,7 %) et la plupart ont complété des études postsecondaires (63,4 %). Dans certaines régions, on observe un écart significatif entre la scolarité de la clientèle Alcochoix+ et celle de la population régionale (voir tableau 7,

[5] Dans certaines régions, seuls les usagers admissibles contactent les intervenants Alcochoix+ car l'évaluation a lieu à l'accueil.

annexe « Résultats»). Les usagers non admis ont un profil de consommation plus grave et sont majoritairement réorientés en deuxième ligne. Ils sont également moins scolarisés.

Selon les scores obtenus au DÉBA A/D, 95,2 % des usagers qui devraient être orientés en première ligne (158/166) et 50 % de ceux qui devraient être orientés en deuxième ligne (7/14) sont admis au programme Alcochoix+. Étonnamment, 91,4 % de ceux dont l'admissibilité est incertaine (parce que leur score au DÉBA-A/D se situe dans une «zone grise») y sont également admis (138/151).

Alors que les intervenants de deux régions n'ont accepté que la clientèle admissible, d'autres se sentent obligés d'accepter des usagers non admissibles (parce que le centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes [CRPAT] est trop éloigné, qu'il n'accepte que la clientèle dépendante ou parce que l'usager refuse d'y aller). D'autres choisissent d'être plus flexibles afin de compenser le faible achalandage (dans le but d'acquérir de l'expérience) ou d'élargir les critères à toute la clientèle première ligne (car il n'y a pas d'autres programmes pour eux) ou à toute la clientèle de la «zone grise» au DÉBA-A/D (pour éviter de consulter un intervenant à chaque fois ou parce que le CRPAT ne les accepte pas).

Quelques intervenants émettent aussi des réserves sur l'efficacité de la détection : l'évaluation est parfois trop rapide à l'accueil; les scores au DÉBA A/D varieraient en fonction du contexte et du moment; certains usagers ne cotent pas dans la zone dépendance en dépit d'un lourd profil de consommation. De plus, une confusion existe entre les critères d'exclusion (critères de non-admissibilité au programme) et les critères à considérer lors de l'évaluation (critères qui nécessitent une évaluation plus approfondie afin de s'assurer que l'usager est présentement en mesure de bénéficier du programme ou de vérifier s'il a besoin d'aide supplémentaire).

2.2 Est-ce que le marketing rejoint la population cible?

Tandis que les régions pilotes utilisent surtout la publicité auprès de la population générale, les régions nouvelles comptent surtout sur les orientations en provenance des autres services pour recruter les usagers au programme Alcochoix+. Chacun de ces modes de recrutement a des avantages qui lui sont propres. La publicité amène des usagers plus motivés et favorise une concentration des demandes qui permet de dispenser la formule de groupe. Par contre, les orientations d'autres services permettent de recruter sans investir de temps, de rejoindre des usagers qui n'auraient pas fait de demande par eux-mêmes et qui correspondent aux critères d'admissibilité. Lorsque le service est offert sur une base continue, la demande de services est dispersée réduisant ainsi la possibilité d'offrir la formule de groupe. Toutefois, lorsque le service est offert sur une base saisonnière, suite à un blitz publicitaire, le temps d'attente moyen devient plus long, car si l'usager appelle quelques jours trop tard, il doit attendre la prochaine session pour être évalué.

Objectif 3. Vérifier si le programme est intégré au réseau de soins et de services du Québec

Comment l'arrimage entre les services de première et de deuxième ligne s'effectue-t-il tant au niveau de l'orientation des usagers que du soutien offert par la deuxième ligne?

La majorité des CSSS ont une bonne collaboration avec le CRPAT de leur région. Quelques régions qui ont démarré l'implantation du programme Alcochoix+ après 2005 ont un peu plus de difficultés à cet égard. Parmi les obstacles évoqués, on retrouve la réorganisation des services en lien avec le «mandat dépendances» (fonctionnement parfois difficile des projets cliniques, intervenants des

CSSS moins informés au sujet de leur nouveau rôle et peu outillés pour y répondre), le manque de communication entre les deux niveaux de service et le fort roulement de personnel.

Par ailleurs, la majorité des intervenants Alcochoix+ ont réorienté au moins un usager vers le CRPAT de leur région et sont satisfaits de la procédure. Toutefois, certains irritants ont été observés (par ex. : procédures rigides, délai d'attente trop long). La création d'un corridor de services avec ententes pourrait corriger la situation. Les intervenants qui ont eu recours à la personne-ressource du CRPAT l'ont fait surtout pour des motifs cliniques reliés à l'orientation. Cependant, la personne qu'ils ont rejointe au CRPAT n'est pas toujours celle qui a suivi une formation Alcochoix+. D'ailleurs, les personnes-ressources des CRPAT rapportent qu'elles sont peu sollicitées et soulignent le flou entourant leur rôle. Plusieurs pistes de solution sont proposées, notamment l'utilisation accrue des CRPAT pour le transfert de connaissances et l'expertise toxicomanie, la consultation des CSSS pour connaître leurs besoins et la participation du CRPAT à une table régionale.

Objectif 4. Vérifier si la formation reçue facilite la compréhension et l'application du programme

4.1 La formation reçue permet-elle de bien appliquer le programme?

À une exception près, les intervenants considèrent que la formation permet de bien appliquer le programme. Pour certains, la relecture du manuel et l'expérience auprès de la clientèle sont nécessaires pour en parfaire l'intégration. Peu d'intervenants connaissent l'identité de la personne-ressource de leur région, mais ceux qui ont eu recours à ses services sont satisfaits. Certains aimeraient un suivi post-formation permettant de mettre en pratique le programme.

4.2 Quel est le niveau de satisfaction à l'égard de la formation reçue?

Les intervenants apprécient la formation reçue, la structure du programme et la clarté des documents fournis, une seule formation a été jugée insatisfaisante. Certaines personnes-ressources des CRPAT émettent des réserves sur le fait de recevoir la même formation que les intervenants des CSSS.

Les principales critiques concernent l'accessibilité et la planification des formations. On considère que la fréquence des formations est trop faible, qu'il est difficile de recruter le nombre de personnes exigées pour que les formateurs se déplacent en région. De fait, trois intervenants ont offert Alcochoix+ sans avoir été préalablement formés.

4.3 La satisfaction par rapport à la formation reçue est-elle la même chez les intervenants qui ont été formés lors du projet pilote que chez ceux qui ont été formés par les nouveaux formateurs?

En général, la satisfaction est élevée, la seule formation insatisfaisante a été donnée par de nouveaux formateurs. Il est cependant difficile de généraliser ces résultats, car seulement 11 des 38 intervenants qui participent à la recherche ont été formés par une des quatre équipes de nouveaux formateurs.

Objectif 5. Identifier les obstacles surmontés ou à surmonter pendant l'implantation

5.1 Quels sont les obstacles qui ont été rencontrés pendant l'implantation?

Les groupes de discussion ainsi que les entretiens avec les répondants régionaux ont permis d'identifier un grand nombre d'obstacles à l'implantation du programme Alcochoix+ (voir l'annexe « Résultats », section 3.5.1). Dans l'ensemble, il existe un fort consensus entre les intervenants des CSSS, les personnes-ressources des CRPAT et les répondants régionaux quant à leur perception des obstacles en cause. De plus, on observe que ces obstacles sont présents dans l'ensemble des régions quoique les régions nouvelles semblent plus affectées par le manque de leadership dans la prise en charge du programme et la réorganisation du réseau.

Le questionnaire distribué aux 25 personnes présentes lors de la présentation des résultats préliminaires a permis de prioriser ces obstacles. Le premier obstacle est relié à des lacunes au niveau de la publicité et de la promotion : faible quantité, non-récurrence, manque occasionnel de coordination et de focus. Corriger ces lacunes permettrait de contrer la méconnaissance tant du programme lui-même que de l'approche sur laquelle il repose.

Le manque de ressources humaines et financières constitue le second obstacle. On déplore qu'il n'y ait pas de budget réservé au programme Alcochoix+ et que le montant alloué à la promotion soit faible en comparaison à d'autres programmes de prévention. Ce déficit serait également responsable du manque d'intervenants dédiés au programme.

Le troisième obstacle a trait au roulement de personnel élevé à tous les paliers. Le roulement des intervenants peut occasionner un vide de service et augmente le besoin de formation. Lorsqu'un nouveau gestionnaire ou répondant régional est nommé à un poste, il doit d'abord prendre connaissance du dossier, ce qui entraîne un retard dans la prise de décision, un leadership fluctuant et l'isolement des intervenants qui manquent de soutien jusqu'à ce qu'un lien soit créé avec le nouvel arrivant.

5.2 Quelles ont été les solutions apportées? Quels éléments ont facilité l'implantation?

Dans cette section, les pistes de solution et les éléments qui ont facilité l'implantation seront traités simultanément, car, dans les régions qui ont mis en place un élément, il est considéré comme facilitateur alors que, dans les régions qui ne l'ont pas fait, on nomme le même élément en tant que piste de solution. De plus, les images miroir des obstacles sont aussi considérées comme pistes de solution, par ex. : alors que les intervenants rapportent le «manque de ressources financières» et des «lacunes au niveau de la publicité et de la promotion» parmi les principaux obstacles rencontrés, ils proposent (image miroir) l'augmentation du budget et des activités de promotion comme pistes de solution.

L'élément facilitateur le plus mentionné est la coordination entre les différents acteurs du réseau : les intervenants des CSSS et des CRPAT, les gestionnaires et cadres, les responsables de l'Agence et de la Santé publique, le RISQ ainsi que le MSSS. Un climat de cohésion, un effort de concertation, la coopération et le travail d'équipe facilitent l'implantation du programme. Dans cette perspective, la mise sur pied d'une table régionale est une solution à privilégier.

Les deux autres éléments les plus fréquemment mentionnés réfèrent à l'importance de mieux faire connaître le programme (auprès des autres intervenants, de la direction ainsi que dans la communauté en général) et d'intégrer Alcochoix+ au programme dépendances afin de mieux s'arrimer avec les autres services et partenaires.

Principales contributions

Les résultats de cette étude ont permis de dresser un portrait de l'implantation du programme à l'échelle provinciale. Ils ont mis en lumière certains obstacles et suggéré des pistes de solution pour en assurer un meilleur encadrement. Ils vont aussi contribuer à mieux planifier les variables à contrôler lors de l'évaluation d'impact. Enfin, ils soulignent l'importance des évaluations d'implantation, car si des obstacles tels que le financement et le roulement de personnel sont bien connus dans la littérature (Fleuren, Wiefferink et Paulussen, 2004), des besoins comme la publicité semblent plus spécifiques à l'implantation d'un programme basé sur une approche aussi peu connue que le boire contrôlé.

PARTIE E – PISTES DE RECHERCHE

Le programme Alcochoix+ a fait l'objet de deux études. La pré-expérimentation a permis de s'assurer que le guide des usagers était convivial et pertinent. Tant les usagers que les intervenants étaient satisfaits de l'intervention. La présente évaluation a permis de confirmer que le programme offert correspond au contenu du programme tel que conçu. La prochaine question à investiguer a trait à l'efficacité du programme sur la réduction de la consommation d'alcool à plus long terme, soit une étude d'impact. Lors de la planification de cette étude, il faudra tenir compte du fait que la formule de groupe n'est pas offerte dans toutes les régions pour s'assurer de recruter suffisamment de participants ayant suivi chacune des trois formules.

Par ailleurs, la présente étude permet d'identifier des variables à intégrer ou à contrôler lors de l'étude d'impact. En plus de mesurer l'efficacité du programme, cette étude devrait valider ses critères d'éligibilité: les critères actuels (trois zones du DÉBA A/D) permettent-ils de prédire qui s'améliorent ou le taux de réduction de la consommation? Puisque certains usagers non admissibles sont parfois admis, cette pratique leur est-elle bénéfique ou nuisible? Certains intervenants ont suggéré que le nombre de consommations serait plus utile pour prédire l'efficacité que le score de dépendance à l'alcool, est-ce la réalité?

En résumé, l'étude d'impact devrait comparer l'efficacité en fonction de la clientèle (admissibilité, gravité et pattern de consommation), des formules suivies (autonome, dirigée ou groupe) et des régions (urbaines vs rurales).

PARTIE F – RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE

Fleuren, M., Wiefferink, K. et Paulussen, T. (2004). Determinants of innovation within health care organizations. Literature review and Delphi study. *International Journal for Quality in Health Care, 16*(2), 107-123.

Grennhalgh, T., Robert, G., MacFarlane, F., Bate, P. et Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly, 82*(4), 581-629.

Miller, W.R., Leckman, A.L., Delaney, H.D. et Tinkcom, M. (1992). Long-term follow-up of behavioural self-control training. *Journal of Studies on Alcohol, 53*(3), 249-261.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2007). *Unis dans l'action. Offre de service 2007-2012 du programme-services Dépendances*.

Simoneau, H., Landry, M. et Tremblay, J. (2005). *Alcochoix+. Manuel de l'intervenant-e version 1.2.* 105 pp.

Simoneau, H., Landry, M. et Tremblay, J. (2004). *Alcochoix +, un guide pour choisir et atteindre vos objectifs.* 109 pp.

Pour en savoir plus sur le programme Alcochoix+ : www. alcochoixplus.gouv.qc.ca

ANNEXE 1 : RECENSION DES ÉCRITS

(Note : Cette annexe présente la recension des écrits sur le thème de l’évaluation d’implantation. Pour la description du contexte dans lequel s’inscrit la présente étude, voir la «PARTIE A» du rapport scientifique intégral).

L'implantation de programme s'inscrit dans un domaine d'étude beaucoup plus large, celui de la diffusion des innovations. Ainsi, afin de mieux comprendre l'implantation de programme, il est nécessaire de s'intéresser aux concepts d'innovation et de diffusion des innovations. Les facteurs qui influencent le processus d'innovation, et plus spécialement la qualité de l'implantation, seront également présentés.

1.1 L'innovation

L'innovation est un concept complexe et multidimensionnel, qui est étudié dans une grande variété de disciplines. Ainsi, plusieurs définitions de l'innovation ont été proposées par des auteurs issus de différentes approches (Landry *et al.*, 2007). Globalement, Rogers (2003) définit l'innovation comme étant une idée, une pratique ou un objet qui est perçu comme nouveau par un individu ou d'autres unités d'adoption. Au Québec, d'un point de vue plus social, Bouchard (1999) définit l'innovation sociale comme « toute nouvelle approche, pratique ou intervention, ou encore tout nouveau produit mis au point pour améliorer une situation ou résoudre un problème social et ayant trouvé preneur au niveau des institutions, des organisations, des communautés ». L'innovation ne réfère donc pas à la simple génération d'idées (invention ou créativité), mais implique également la mise en pratique de ces idées nouvelles (Hartley, 2005).

Les sources d'innovation au sein des organisations publiques seraient, selon Landry et ses collaborateurs (2007), de deux ordres; les innovations intrinsèques qui sont développées à l'intérieur de l'organisation et les innovations extrinsèques qui sont développées à l'extérieur de l'organisation. Lorsque l'innovation est développée à l'extérieur de l'organisation (situation la plus fréquente dans les organisations publiques), des processus d'adoption ou de diffusion de l'innovation (décision quant à l'adoption ou le rejet de l'innovation) entrent en jeu. D'ailleurs, la réussite d'une innovation serait tributaire de sa diffusion (West *et al*., 2003).

Il est important de mentionner qu'il n'existe aucun consensus quant à la terminologie utilisée par les différents auteurs lorsqu'il est question de l'innovation. Ainsi, une confusion est observée dans l'utilisation des termes diffusion, dissémination et implantation. De plus, des significations différentes sont parfois accolées à un même concept. Il devient donc difficile de départager clairement dans la littérature ce qui concerne l'un ou l'autre de ces concepts, surtout lorsqu'il est question d'identifier leurs déterminants.

1.2 La diffusion des innovations

Plusieurs disciplines ou domaines d'études se sont intéressés à la question de la diffusion des innovations (Deschesnes *et al.,* 2008; Greenhalgh, Robert, McFarlane, Bate, & Kyriakidou., 2004). La théorie de la diffusion des innovations développée par Rogers (2003) est l'une des plus connues et des plus utilisées, et ce, dans divers domaines, dont celui de la santé publique (Deschesnes *et al.,* 2008). La diffusion de l'innovation telle que définie par cet auteur est un processus qui implique quatre éléments centraux tels qu'une innovation qui est communiquée à l'aide de certains canaux, à travers le temps, chez des membres du système social. Les canaux de communication utilisés pour diffuser l'innovation seraient, selon lui, de deux types : les médias de masse, qui sont plus efficaces pour faire connaître l'innovation et les réseaux interpersonnels, qui sont plus efficaces pour former et changer les attitudes envers l'innovation. D'autres études empiriques issues de diverses traditions de recherche dont les

études en communication (l'innovation considérée comme une nouvelle information) et en marketing (l'innovation considérée comme un produit ou un service dont l'adoption est basée sur une analyse rationnelle de coûts / bénéfices) ont aussi contribué à l'avancement des connaissances sur la diffusion des innovations (Greenhalgh *et al.,* 2004).

Les conceptions qui découlent de ces théories et traditions de recherche ont cependant fait l'objet de certaines critiques telles que : leur caractère « pro-innovation » qui place les utilisateurs dans un rôle passif et qui sous-estime l'opposition, la controverse ou le rejet de l'innovation; les processus d'adoption proposés qui reposent sur des traits fixes de personnalité; le fait que seule l'innovation individuelle soit prise en compte; et finalement, que les résultats issus des recherches sur la diffusion des innovations soient transférés à toutes sortes de nouveaux contextes ou situations (Anderson, 2004; Callon & Latour, 1986; Greenhalgh *et al.,* 2004). Suite à ces critiques, d'autres domaines d'études se sont intéressés à la diffusion des innovations, par exemple la promotion de la santé où l'innovation est perçue comme une idée qui favorise les comportements et les modes de vie sains (Greenhalgh *et al.,* 2004). Parallèlement à ces développements, une conception plus dynamique et interactive du processus d'innovation a émergé (Deschesnes *et al.,* 2008). Ainsi, les études révèlent que l'ensemble des acteurs impliqués participent au processus d'innovation, que l'innovation n'est pas toujours acceptée, mais parfois contestée ou même rejetée et finalement, que l'innovation nécessite souvent des changements systémiques, organisationnels et individuels (Anderson, 2004; Callon et Latour, 1986; Deschesnes *et al.,* 2008; Greenhalgh, *et al.,* 2004). En ce sens, Deschesnes et ses collaborateurs (2008) considèrent que l'innovation est une construction sociale qui « n'est pas définie et acceptée d'emblée, mais façonnée, de la conception à l'usage, à l'intérieur d'un réseau social qui peut l'accepter, la transformer ou la rejeter. »

Selon le modèle de Rogers (2003), le processus de diffusion de l'innovation se compose de cinq étapes : l'information, la persuasion, la décision, l'implantation et la confirmation. Quoique d'autres auteurs aient défini la diffusion de l'innovation selon des étapes légèrement différentes, celles-ci s'avèrent surtout être des reformulations du modèle de Rogers (Landry *et al.,* 2007). Dans le domaine de la promotion de la santé, Oldenburg et Parcel (2002) parlent plutôt de conception, dissémination, adoption, implantation et pérennisation. Voici la définition de chacune de ces étapes :

1) la conception réfère à toutes les décisions et activités du développement d'une idée du stade embryonnaire jusqu'à la production de l'innovation;
2) la dissémination réfère à un ensemble des stratégies utilisées pour favoriser la connaissance et l'adoption de l'innovation;
3) l'adoption réfère à la délibération et prise de décision des acteurs quant à l'implantation de l'innovation;
4) l'implantation réfère à l'utilisation initiale de l'innovation par les acteurs visés;
5) la pérennisation réfère à l'intégration de l'innovation dans les pratiques courantes et facilitation de son application à plus long terme de façon à pouvoir produire un réel changement dans les normes de pratique.

L'implantation de programme s'insère donc dans un modèle plus large de diffusion des innovations. En effet, l'appropriation et l'intégration d'une innovation au sein d'une organisation sont nécessaires à sa diffusion (West *et al.,* 2003).

Il est cependant important de mentionner que l'assimilation et la consolidation d'une innovation au sein d'une organisation ne s'effectuent pas nécessairement selon des processus linéaires, mais impliquent plutôt un mouvement de va-et-vient à travers les différentes étapes d'initiation, de développement et d'implantation de l'innovation qui est ponctué par divers obstacles et événements

imprévus (Greenhalgh *et al.,* 2007). Il est donc possible que les différentes étapes du processus de diffusion des innovations aient un impact sur l'implantation d'un programme. Par exemple, comme nous le verrons ultérieurement, il semble que les stratégies utilisées pour la dissémination d'une innovation aient un impact sur son implantation (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman, & Wallace*,* 2005).

1.3 L'implantation de programme

L'implantation de programme est un processus laborieux qui requiert le déploiement d'efforts soutenus qui dépassent souvent ceux investis dans le développement du programme lui-même (Greenhalgh *et al.,* 2004). La qualité de l'implantation est d'ailleurs souvent variable et imparfaite (Barry, Domitrovich, & Lara, 2005). Des études portant sur des services de recherche d'emploi ou sur des ateliers généraux de formation indiquent des taux d'échec de 72% à 96% concernant l'implantation du protocole ou du transfert des connaissances. Dans ces cas, des applications partielles seraient plutôt la norme (Simpson, 2002). Ces constats sont inquiétants d'autant plus que la qualité de l'implantation d'un programme affecte son efficacité (Barry *et al.*, 2005). En effet, il semble que des effets positifs soient possibles seulement si un programme efficace est bien implanté (Fixsen *et al.,* 2005). Il apparaît donc important de s'intéresser aux étapes ultérieures à l'adoption de l'innovation et de procéder à une évaluation d'implantation afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience des programmes implantés tant au niveau local, régional ou national (Barry *et al.*, 2005; Fixsen *et al.,* 2005). Pourtant, la littérature portant sur l'implantation de programme est peu abondante, surtout lorsqu'il est question des services de soins de santé ou parapublics (Barry *et al.*, 2005; Fleuren, Wiefferink, & Paulussen, 2004; Landry *et al.,* 2007). De plus, Fixsen et ses collaborateurs (2005) observent un manque de langage et de cadre conceptuel communs dans la littérature portant sur l'implantation de programme.

Comme l'indique l'étude de Doray et Chaumette (2001), l'implantation d'un projet dépend de nombreux facteurs difficilement prévisibles tels que le contexte ou les ressources. Il devient donc important d'évaluer la qualité de l'implantation de chacun des programmes. Barry et ses collaborateurs (2005) recommandent d'ailleurs aux chercheurs d'effectuer des recherches qualitatives afin d'identifier les obstacles et éléments facilitateurs qui influencent l'implantation d'une innovation. Ils ajoutent que les informations recueillies devraient provenir de plusieurs sources et qu'il est préférable que la recherche s'effectue en partenariat avec les membres du personnel et praticiens qui œuvrent sur le programme.

Fixsen et ses collaborateurs (2005) ont tenté de pallier à certaines de ces limites en proposant un cadre conceptuel de l'implantation qui comporte cinq composantes : une source (les « meilleurs exemples » d'un programme ou d'une pratique), une destination (individus, praticiens ou organisations qui adoptent, soutiennent et gèrent les installations et l'utilisation de l'innovation), un lien de communication (agent de changement qui travaille activement pour implanter l'innovation), un mécanisme de feedback (flux régulier d'information sur les performances) qui opèrent dans une sphère d'influence (facteurs sociaux, économiques, politiques, historiques et psychosociaux qui influencent directement ou indirectement les individus, organisations ou systèmes). L'implantation d'une innovation serait, selon eux, un processus en 6 étapes.

1) Exploration et adoption : cette étape correspond à la dissémination et à l'adoption de l'innovation telles que proposées par le modèle d'Oldenburg et Parcel (2002). Autrement dit, l'implantation d'un programme est une étape du processus de diffusion d'une innovation qui fait suite à l'adoption selon Oldenburg et Parcel (2002) mais, qui inclut la dissémination et

l'adoption selon Fixen et ses collaborateurs (2005). Les différents modèles ont donc des façons différentes de nommer et structurer les étapes du processus.

2) Installation du programme : cette étape vise à s'assurer que les conditions pré-requises pour l'implantation sont en place, par exemple, le financement, les ressources humaines, le développement de politique, les mécanismes d'orientation, etc.
3) Implantation initiale : les signes de changement peuvent être plus ou moins visibles dépendamment des individus ou organisations et peuvent apparaître plus ou moins rapidement dans les différentes sphères de l'organisation. Tous changements dans les habiletés, aptitudes et culture d'un individu ou d'une organisation nécessitent du temps, de la formation et de la pratique. De plus, la peur du changement et le maintien du *statu quo* combinés à la complexité inhérente à l'implantation ainsi qu'aux nombreuses difficultés pouvant être rencontrées font en sorte qu'il est difficile de mener à terme l'implantation d'une innovation.
4) Opération complète : l'implantation est complétée lorsque les nouveaux apprentissages sont intégrés dans les pratiques, politiques et procédures des individus, organisations et communautés qui appliquent l'innovation.
5) Innovation : l'implantation d'une innovation dans un nouveau site peut conduire à apporter certains changements. Ces changements seront dans certains cas désirables, dans d'autres non. Winter & Szulanski (2001) soulignent que les adaptations au programme seront plus efficaces si elles sont effectuées une fois que le programme est fidèlement implanté.
6) Maintien : à ce stade, il est important de maintenir à long terme la survie du programme et l'efficacité de son implantation malgré les contextes souvent instables (roulement de personnel, nouveaux problèmes sociaux, nouvelles alliances politiques, etc.).

L'implantation de programme est donc un processus lent et progressif qui nécessite beaucoup de temps et d'efforts (Fixsen *et al.,* 2005; Landry *et al.,* 2007). En ce sens, il est possible que l'évaluation d'un programme nouvellement implanté soit peu concluante, et ce, sans remettre en cause l'efficacité de l'implantation, mais plutôt parce que l'évaluation fut effectuée avant que le programme soit complètement implanté et opérationnel (Fixsen *et al.,* 2005). La réussite d'une implantation implique des changements dans les comportements des professionnels (leurs connaissances et habiletés), dans les structures et cultures de l'organisation (valeurs, éthique, politiques, procédures, etc.) ainsi que dans les relations avec les acteurs impliquées (usagers, ceux qui adoptent l'innovation, les systèmes partenaires) (Fixsen *et al.,* 2005).

1.4 Déterminants du processus d'innovation

Une multitude de facteurs multi-niveaux ont été identifiés dans la littérature comme des déterminants du processus d'innovation. Comme mentionné précédemment, la confusion quant aux termes utilisés pour désigner les différents concepts impliqués dans ce processus (diffusion, dissémination, implantation, etc.) fait en sorte qu'il est difficile de départager les déterminants relatifs à chacun et donc d'identifier ceux qui jouent un rôle dans l'implantation d'un programme. Les facteurs qui influencent l'innovation seront donc dans un premier temps présentés de façon plus générale, sans distinction à l'égard des différentes étapes du processus d'innovation, puis les déterminants spécifiques à l'implantation de programme dans le domaine de la santé et des services sociaux seront exposés.

Généralement, tant dans les écrits qui se sont intéressés à la question de manière très large que ceux qui ont ciblé plus spécifiquement le domaine de la santé et des services sociaux, ces déterminants

sont regroupés selon trois types (Berwick, 2003; Deschesnes *et al.,* 2008; Fleuren *et al.,* 2004; Landry *et al.,* 2007; Rogers, 2003; Wejnert, 2002)[6].

1. Les déterminants relatifs à l'innovation et à ceux qui l'adoptent (ou attributs de l'innovation) réfèrent, par exemple, aux avantages relatifs de l'innovation, à sa simplicité, à sa compatibilité avec les valeurs, normes et procédures organisationnelles, à son adaptabilité, à sa multifonctionnalité, à sa légitimité, à l'observabilité des résultats, à la possibilité d'expérimenter, aux caractéristiques de ceux qui adoptent l'innovation, etc.

2. Les déterminants relatifs à l'organisation ou aux systèmes internes désignent, par exemple, les réseaux d'échanges et les canaux de communications (favoriser les contacts et la collaboration, favoriser la connaissance de l'innovation et l'accessibilité de l'information), le leadership et l'engagement des acteurs impliqués, les compétences, habiletés et expertises des membres de l'équipe (formation), les valeurs et croyances du personnel, le roulement de personnel, les ressources continues en termes de temps et d'argent, le soutien de l'organisation (système de gestion et systèmes responsables de la formation et de l'accompagnement auprès des milieux visés), la structure hiérarchique, les procédures et processus décisionnels.

   Lorsque l'innovation est obligatoire ou découle d'un mandat externe, le taux d'adoption de l'innovation est plus élevé (Deschesnes *et al.,* 2008; Greenhalgh *et al.,* 2007). Toutefois, la capacité d'une organisation à l'adopter et à l'implanter n'est pas plus élevée (Fajans, Simmons, & Ghiron, 2006; Greenhalgh *et al*., 2007; Herie & Martin, 2002). D'autre part, Wejnert (2002) précise que le système de croyances serait l'un des facteurs les plus déterminants de l'adoption d'une innovation. Landry et ses collaborateurs (2007) ajoutent que les leaders et gestionnaires sont des personnes qui jouent un rôle important dans la gestion de l'innovation. Ces derniers ont la responsabilité de développer une vision, de la diffuser et de s'assurer qu'elle est comprise de tous, de développer et de clarifier les objectifs, d'encourager l'engagement des membres et de les accompagner (feedback, coaching), de définir les structures de travail et de décider des structures de soutien à mettre en place.

3. Les déterminants relatifs à l'environnement ou contexte externe concernent le contexte sociétal et géographique, les conditions politiques (orientations et directives générales du gouvernement, transformations majeures au sein des ministères), le rôle des médias, le soutien des acteurs externes, etc. Pour ce qui est du contexte géographique, l'étude de Pankratz, Hallfors et Cho (2002) indique que les individus des régions plus populeuses ou urbanisées sont plus nombreux à avoir reçu de l'information à propos de l'innovation. Ces résultats concordent avec l'idée rapportée par Wejnert (2002) selon laquelle la proximité géographique affecte la fréquence des communications ainsi que les relations interpersonnelles. Concernant le contexte politique, les transformations au sein des ministères peuvent nuire à la stabilité des effectifs, affaiblir leurs capacités techniques à différents niveaux et rendre difficile la pérennisation de l'innovation (Fajans et *al.*, 2006). Des

[6] Bien que les déterminants soient généralement les mêmes d'un auteur à l'autre, il est important de noter que le nombre de regroupements peut varier. Par exemple, certains auteurs scindent en deux regroupements les déterminants relatifs à l'innovation et les déterminants relatifs à ceux qui adoptent l'innovation (Berwick, 2003; Fleuren et al., 2004). D'autres auteurs ajoutent des regroupements, par exemple, Deschesnes et al. (2008) traitent isolément les « réseaux d'échange », tandis que Fleuren et al. (2004) ajoutent une catégorie sur les déterminants relatifs aux ressources nécessaires à l'implantation de l'innovation.

changements fréquents peuvent même conduire à la démotivation et induire de la résistance face aux changements chez les membres de l'organisation (Koch & Hauknes, 2005). D'ailleurs, le contexte politique serait un facteur d'une grande importance lorsqu'il est question d'innovation dans le secteur public (Davison, 2005).

Fleuren, Wiefferink et Paulussen (2004), dans leur recension des écrits portant sur les organisations de soins de santé, ont recensé jusqu'à 50 facteurs qui influencent l'innovation (roulement de personnel, ressources financières, etc.). Ces auteurs ont également observé l'effet miroir de ces déterminants où, dans une même étude, certains facteurs identifiés comme des facilitateurs à l'implantation deviennent des obstacles s'ils sont absents ou manquants. Ils ajoutent qu'il est difficile de classer ces déterminants en ordre d'importance étant donné qu'ils varient selon le type d'innovation étudié et le contexte dans laquelle l'innovation est introduite. Par exemple, selon Rogers (2003), les taux d'adoption d'une innovation seraient plus élevés lorsqu'il est possible d'observer les effets positifs de l'innovation. En ce sens, il devient important pour les acteurs impliqués d'être bien informés à propos de l'innovation (Berwick, 2003; Deschesnes *et al.,* 2008).

Finalement, Fleuren et ses collaborateurs (2004) soulignent que les interrelations entre les déterminants ne sont pas claires. En effet, il semble que les déterminants de l'innovation interagissent de manière complexe les uns avec les autres, rendant difficiles la prédiction et la généralisation (Greenhalgh *et al.,* 2007). Wejnert (2002) souligne d'ailleurs le besoin d'études qui s'intéresseront aux interrelations entre les variables qui influencent la diffusion des innovations.

Comme mentionnées précédemment, l'assimilation et la consolidation d'une innovation ne sont pas un processus linéaire. Il est donc possible que des déterminants soient communs aux différentes étapes de la diffusion des innovations. Ainsi, les facteurs qui ont influencé l'adoption ou la dissémination de l'innovation pourraient également influencer son implantation. D'ailleurs, il semble que des approches passives de dissémination de l'innovation (accessibilité à l'information seule) ne soient pas des stratégies d'implantation efficaces. Un plan stratégique de marketing social serait donc bénéfique afin de mobiliser le soutien de la population ainsi que des politiciens (Fixsen *et al.,* 2005).

La dissémination a également été abordée par d'autres auteurs qui ont ciblé certaines stratégies plus ou moins efficaces pour la diffusion des innovations. D'abord, Wejnert (2002) indique que les informations obtenues par l'entremise des pairs du réseau ou de l'organisation auraient une plus grande influence comparées à celles issues de sources plus objectives telles que les médias ou des évaluations scientifiques. Katz (1968) ajoute que les médias et le réseau interpersonnel ou organisationnel seraient deux sources d'information complémentaires lorsqu'il est question de promouvoir la diffusion de l'innovation. Une dissémination efficace devrait prendre en compte les besoins de ceux qui appliquent l'innovation, utiliser différentes stratégies qui s'adaptent aux caractéristiques variées des différents sous-groupes d'utilisateurs, transmettre le message à l'aide d'un style, d'images et de métaphores appropriés, identifier et utiliser des canaux de communication appropriés et finalement, procéder à des évaluations et du monitorage des buts fixés (Greenhalgh *et al.,* 2004).

Les déterminants spécifiques à l'implantation d'une innovation dans les organisations de soins de santé seraient peu connus (Fleuren *et al.*, 2004). Quoiqu'il en soit, certaines études ont permis d'identifier un grand nombre d'obstacles et éléments facilitateurs afin d'assurer la réussite d'une implantation. Ces derniers seront présentés dans les sections suivantes.

Il est à noter que ces obstacles et éléments facilitateurs s'apparentent beaucoup aux déterminants cités précédemment concernant le processus d'innovation dans son ensemble. Ce constat appuie le fait que les différentes étapes de la diffusion de l'innovation puissent être influencées par des facteurs communs. De plus, les déterminants de l'implantation mentionnés dans le domaine de la santé et des services sociaux convergent avec ceux identifiés dans d'autres domaines d'étude (Fixsen *et al.,* 2005; Greenhalgh *et al.,* 2004; Simpson, 2002). En outre, Fixsen et ses collaborateurs (2005) croient que les déterminants de l'implantation seraient les mêmes dans tous les domaines. Finalement, comme l'indiquaient Fleuren, Wiefferink et Paulussen (2004), un effet miroir est observé entre les facteurs qui ont nui et ceux qui ont facilité l'implantation d'un programme.

1.4.1 Obstacles à l'implantation

Plusieurs obstacles à l'implantation de programmes dans le domaine de la santé et des services sociaux ont été rapportés dont : le manque de ressources en termes de temps et d'argent, la priorité accordée aux autres problématiques, des difficultés au niveau de la circulation et de la mise à jour de l'information, une méconnaissance dans la façon d'appliquer l'innovation, une formation mal organisée et ennuyante ou le manque de formation, un manque de promotion ou l'adoption de stratégies passives de dissémination, un manque de personnel dédié à l'application de l'innovation, une insuffisance organisationnelle et un manque de leadership, un manque de motivation de la part du personnel, un manque au niveau du monitorage du programme (Barry *et al.*, 2005; Daeppen & Gaume, 2005; Doray & Chaumette, 2001; Fixsen *et al.,* 2005; Houle, Poulin, & Van Nieuwenhuyse, 2006; Tourigny, Paradis, Bonin, Bussières, & Durand, 2002).

Une étude d'évaluation de l'implantation et de la dissémination d'une intervention brève s'adressant aux consommateurs d'alcool à risque offert par les médecins de premiers recours en Suisse, approche qui s'apparente au programme Alcochoix+, a permis d'identifier des obstacles à l'implantation qui seraient plus spécifiques à ce type de problématique (Deappen & Gaume, 2005). Les auteurs de cette étude ont observé une mauvaise compréhension du programme et des perceptions erronées concernant l'approche préventive. En effet, les participants aux séminaires de formation étaient surtout intéressés par la question de la dépendance à l'alcool plutôt que par la consommation d'alcool à risque. Afin de surmonter ces obstacles, les auteurs proposent une campagne de promotion à large échelle concernant la problématique de la consommation d'alcool à risque qui vise à la fois le grand public et les médecins. Pour ce faire, des campagnes d'éducation du grand public sont proposées afin de sensibiliser la population aux problèmes de santé liés à la consommation d'alcool (risques pour la santé, consommation à risque vs alcoolisme, conseils de vie saine, etc.). Cette étude rapporte également le manque de formation comme obstacle à l'implantation. Finalement, la recension des écrits effectuée par ces auteurs a permis d'identifier un autre obstacle à l'application de ce type d'intervention soit la difficulté à dépister les consommateurs d'alcool à risque.

1.4.2 Facilitateurs à l'implantation ou recommandations pour une implantation réussie

Des recensions d'écrits (Berwick, 2002; Landry *et al.,* 2007) et des études empiriques (Daeppen, & Gaume, 2005; Doray & Chaumette, 2001; Houle *et al.*, 2006; Locock *et al.,* 2001), amènent leurs auteurs à souligner l'importance ou à recommander certaines actions afin de réussir l'implantation d'un programme dans le domaine de la santé et des services sociaux. Parmi ces facteurs, on retrouve notamment : une bonne connaissance du programme; une bonne connaissance des objectifs, principes

et mécanismes du programme; l'accessibilité aux ressources (humaines, temps et financement continu et à long terme); le dynamisme, l'enthousiasme et l'engagement de tous les acteurs; une définition claire du rôle de chacun des acteurs impliqués; l'accessibilité régulière à la formation, du soutien et de la supervision post-formation; la stabilité dans les équipes; le monitorage du programme et feedback; des priorités émises à long terme; le soutien politique et du milieu; une structure organisationnelle et un leadership fort qui assure la coordination, une bonne communication tant interne qu'inter organisationnelle, une collaboration et des contacts étroits ou des rencontres fréquentes entre les organisations et acteurs impliqués.

L'adaptabilité de l'innovation, qui a déjà été identifiée comme un déterminant du processus d'innovation en général, influencerait également l'implantation de l'innovation. Les auteurs qui en ont discuté ne se sont toutefois pas spécifiquement intéressés aux études effectuées dans le domaine de la santé et des services sociaux. D'une part, un programme qui est adapté au contexte local faciliterait son implantation et sa consolidation (Barry et al., 2005; Greenhalgh *et al.,* 2004). Au contraire, des études plus récentes indiquent que les implantations à large échelle peuvent montrer un niveau assez élevé de fidélité malgré que les adaptations locales étaient auparavant perçues comme inévitables lorsqu'une innovation était diffusée à l'échelle nationale, (Fixsen *et al.,* 2005). Ces études soulignent que certaines composantes centrales du programme sont essentielles afin d'observer des résultats positifs. Une certaine flexibilité dans l'application du programme (processus et stratégies) est toutefois possible si les principes sous-jacents à chacune de ses composantes centrales sont compris et acceptés (Fixsen *et al.,* 2005). Cette affirmation souligne l'importance du coaching qui, comme observé dans l'étude de Perlstein (2000), a permis de renforcer l'utilisation des principes directeurs de l'innovation, ce qui a en retour favorisé la réussite de l'implantation. Elle permet également de confirmer l'utilité de l'évaluation d'implantation afin de recueillir de l'information pour raffiner le programme en fonction des spécificités locales (Barry et al., 2005).

1.4.3 L'évaluation d'implantation

Il n'y a pas de consensus sur ce qu'est l'analyse d'implantation au-delà d'une définition large référant à l'étude des conditions d'implantation d'un programme (Brousselle, 2004). Werner (2004), par exemple, considère que l'évaluation d'implantation constitue une forme de recherche évaluative, car elle fournit l'information nécessaire pour soutenir une prise de décision. Il utilise le terme *implementation research* au sens large pour toute recherche dont la question centrale s'apparente à «Qu'est-ce qui se passe?» que ce soit au niveau de la conception, de l'implantation, de l'administration, des services ou au niveau des résultats des programmes sociaux. Il précise qu'elle ne fait pas que décrire, elle évalue et explique. Ainsi, en plus de se demander «Qu'est-ce qui se passe?», elle pose la question «Est-ce que ce qui se passe est attendu ou désiré?» et s'interroge sur le «Pourquoi les choses se passent-elles ainsi?». Au Québec, Desrosiers et ses collaborateurs (1998), dans un rapport portant sur l'évaluation des programmes tel qu'appliqués en promotion de la santé et en toxicomanie, considère que l'évaluation d'implantation est une évaluation qui « s'intéresse au déroulement réel du programme » et qui « permet de connaître la façon dont les ressources ont été utilisées, si les activités prévues ont été réalisées, les produits et les services offerts (extrants), la satisfaction de la clientèle, le degré d'atteinte de la clientèle visée, etc. ». Globalement, ce type d'évaluation « s'intéresse à la dynamique interne du programme et aux facteurs tant internes qu'externes qui influencent sa mise en œuvre. »

Lorsqu'on la compare à l'évaluation d'impact, l'évaluation d'implantation présente certains avantages:

- elle permet d'obtenir des résultats beaucoup plus rapidement que l'évaluation d'impact qui exige souvent une longue période de suivi;
- elle fournit de l'information au sujet du programme tel qu'il est réellement offert en milieu naturel et ne nécessite pas d'aménagement expérimental tel que la distribution au hasard des participants;
- elle peut être ciblée et stratégique, c'est-à-dire qu'on peut concevoir des études efficaces qui se concentrent sur un aspect particulier du processus ou un site spécifique, tandis que les évaluations d'impact nécessitent un investissement considérable de ressources et de grands échantillons.

L'évaluation d'implantation présente aussi certaines limites:

- elle ne mesure pas l'impact du programme sur les clients, et n'analyse pas le rapport coût-bénéfice;
- elle s'appuie, en partie, sur des données subjectives recueillies auprès d'individus d'origines diverses (Werner, 2004).

Plusieurs auteurs identifient des catégories d'évaluation d'implantation qui ont des fonctions différentes (Love, 2004; Orwin, 2000; Patton, 1997). Par exemple, on retrouve l'évaluation d'effort qui évalue les ressources impliquées (ex.: ratio clients-intervenants, la quantité de services offerts, etc.), le *monitoring* de programmes qui évalue de façon continue les taux de participation, les caractéristiques de la clientèle admise, les coûts du programme, etc., l'analyse de processus qui documente ce qui se passe réellement sur le terrain, jusqu'à quel point les services offerts correspondent au programme sur papier (évalue tant les conséquences anticipées qu'imprévues), l'analyse de composantes qui permet de décrire de façon détaillée tous les éléments d'un programme afin d'en faciliter l'implantation dans d'autres sites, l'évaluation formative qui vise à améliorer l'implantation pendant son développement et l'estimation du potentiel d'évaluation (*evaluability assessment*) qui décrit la façon dont le programme a été implanté afin de choisir la meilleure façon et le meilleur moment pour en évaluer l'efficacité.

Cependant, il n'existe pas de consensus au niveau de la terminologie utilisée. Par exemple, Fixsen et ses collaborateurs (2005) distinguent différentes sous-catégories d'analyse de processus dont l'analyse de la fidélité qui comprend trois aspects: le contexte qui réfère aux pré-requis (ex.: formation, supervision, ratio client-intervenant, etc.), la conformité (*compliance*) qui mesure jusqu'à quel point l'intervenant se conforme aux pratiques recommandées par le programme et évite ce qui est proscrit et la compétence qui réfère au niveau d'habiletés démontrées par le thérapeute au moment d'offrir le programme. D'autres auteurs ont cependant une vision beaucoup plus large du concept de fidélité incluant les modalités de dispensation des services, l'adéquation du processus d’orientation, l'intensité de l'intervention, l'atteinte de la population cible. (Chen, 2005).

Parmi les motifs qui justifient une évaluation d'implantation, on retrouve: comprendre comment l'intervention fonctionne et identifier les composantes du programme qui sont les plus efficaces, trouver des façons de l'améliorer, apprendre à contourner les obstacles qui se dressent en cours d'implantation afin de favoriser une amélioration lors de l'implantation dans d'autres sites, vérifier si l'implantation est adéquate pour permettre l'évaluation d'impact du programme et finalement, faciliter l’interprétation des résultats qui découlent de l’évaluation d’impact (cerner les causes des effets observés) (Barry et al., 2005; Desrosiers *et al.,* 1998). Orwin (2000) considère que l'estimation du potentiel d'évaluation est

essentielle lorsqu'il s'agit d'évaluer un nouveau programme. En effet, en l'absence d'évaluation d'implantation, il n'y a aucune façon d'identifier pourquoi les résultats d'une évaluation d'impact d'un programme sont nuls. Ces résultats sont-ils attribuables à un déficit du programme tel que conçu, à une mauvaise implantation du design de l'évaluation (ex.: groupe contrôle recevant le même traitement que le groupe expérimental) ou à des faiblesses au niveau de l'implantation du programme? L'absence d'évaluation d'implantation peut ainsi engendrer des difficultés à répliquer des programmes efficaces ou à distinguer les programmes inefficaces de ceux qui sont efficaces, mais mal implantés (Barry *et al.*, 2005). En effet, comme l'indique Barry et ses collaborateurs (2005), l'absence de données sur l'implantation d'un programme pourrait conduire à une erreur de type IIII, c'est-à-dire que « the programme as delivered is of such poor quality as to invalidate the outcomes ». Dans le cas où des effets positifs sont observés, l'évaluation d'implantation permettra de déterminer si ces effets sont bel et bien dus au programme plutôt qu'à un effet de sélection ou à d'autres interventions concomitantes par exemple (Desrosiers *et al.,* 1998). En ce sens, Gilliam, Ripple, Zigler, & Leiter (2000) concluent qu'il est préférable de ne pas procéder à l'évaluation d'efficacité d'un programme avant d'avoir pu documenter son processus d'implantation.

Quant à sa méthodologie, l'évaluation d'implantation ne définit pas une méthode spécifique reconnue comme étant supérieure aux autres. La plupart des auteurs l'abordent sous l'angle de l'éclectisme et du pragmatisme: une méthodologie adéquate est celle qui permet de bien répondre aux questions de recherche (Patton, 1997; Rossi, Lipsey, & Freeman, 2004; Werner, 2004). Ils décrivent une panoplie de stratégies de cueillette de données et d'analyse des résultats toutes aussi valables les unes que les autres en fonction des objectifs de l'évaluation. De plus, puisque les programmes ne fonctionnent pas isolément, mais à l'intérieur d'un réseau de services desservant une population spécifique, cet environnement sera différent d'un site à l'autre. Par conséquent, la description de cet environnement local s'avère particulièrement importante lorsqu'il s'agit d'une étude multicentrique (Orwin, 2000).

L'évaluation d'implantation proposée dans cette étude comprend des aspects d'analyse de processus, d'analyse de composantes, d'estimation du potentiel d'évaluation et de fidélité (contexte et conformité). Elle s'intéressera plus particulièrement à l'étape d'implantation de l'innovation, dans ce cas-ci, d'un programme de prévention secondaire qui concerne la consommation d'alcool à risque.

ANNEXE 2 : MÉTHODOLOGIE

Cette section présente les régions qui ont participé à l'étude, le déroulement de la recherche, les sources d'information, les participants ainsi que les stratégies d'analyses utilisées.

2.1 Les régions participantes

La cueillette de données a eu lieu dans huit régions du Québec incluant les quatre régions qui ont participé à la pré-expérimentation du programme soient Montréal (06), Laval (13), Chaudière-Appalaches (12) et Capitale-Nationale (3). De plus, quatre régions ont été sélectionnées parmi les cinq autres qui offraient le programme au moment de débuter l'étude soient Laurentides (15), Saguenay-Saint-Jean (2), Mauricie et Centre-du-Québec (4), et Abitibi-Témiscamingue (8). Dans l'ensemble des régions, 18 centres de santé et de services sociaux sur les 26 qui offraient le programme ont participé à l'étude. Le tableau 1 présente un résumé du contexte régional de chaque région participante.

2.1.1 Montréal

Montréal est l'une des quatre régions pilotes à l'implantation d'Alcochoix+, c'est donc en 2004 que la première formation au programme a eu lieu. Dans cette région, l'ancien programme «L'Alcochoix» était encore offert au moment où Alcochoix+ fut implanté. Au moment de débuter l'étude, deux des douze CSSS de la région étaient impliqués dans Alcochoix+, un CSSS offrait le programme et un autre collaborait en libérant un intervenant à cette fin. Au total trois intervenants étaient impliqués. Le programme Alcochoix+ y est offert à des moments définis, c'est-à-dire trois fois par année (en automne, en hiver et au printemps), en formule autonome, guidée ou de groupe. Pour ce qui est de la formule guidée, il n'est pas possible d'adapter le nombre de rencontres, ce nombre étant fixé à deux. Il n'existe plus de table régionale Alcochoix+ dans la région. Toutefois, des rencontres ont lieu entre les intervenants Alcochoix+ et le représentant du CRPAT y assiste occasionnellement. Tous les CSSS qui offraient le programme au moment de l'étude ont participé à la recherche.

2.1.2 Laval

Laval est l'une des quatre régions pilotes à l'implantation d'Alcochoix+, c'est donc en 2004 que la première formation au programme a eu lieu. Dans cette région, le programme «L'Alcochoix» était offert depuis 2000 et était encore disponible au moment où Alcochoix+ fut implanté. Au moment de débuter l'étude, l'unique CSSS de la région était en mesure d'offrir le programme Alcochoix+, huit intervenants y étaient impliqués. Le programme y est offert sur une base continue et en formule autonome, guidée ou de groupe, avec possibilité d'adapter le nombre de rencontres aux besoins des usagers. Il existe une table régionale Alcochoix+ dans la région qui a lieu une fois à tous les deux ou trois mois. Y participent le cadre supérieur, un cadre intermédiaire aux services généraux, la coordonnatrice fonctionnelle, tous les intervenants Alcochoix+, ainsi qu'un représentant du CRPAT. Au moment de l'étude, le répondant régional prévoyait assister à la prochaine rencontre. L'unique CSSS de la région a participé à la recherche.

2.1.3 Chaudières-Appalaches

Chaudière-Appalaches est l'une des quatre régions pilotes à l'implantation d'Alcochoix+, c'est donc en 2004 que la première formation au programme a eu lieu. L'ancien programme «L'Alcochoix» y était offert, mais pas dans tous les CSSS de la région. Au moment de débuter l'étude, quatre

intervenants répartis dans trois des cinq CSSS de la région étaient en mesure d'offrir le programme Alcochoix+. Il y est offert sur une base continue en formule autonome ou guidée, avec possibilité d'adapter le nombre de rencontres aux besoins de l'usager. Il n'existe pas de table régionale spécifiquement dédiée à Alcochoix+ dans la région. Toutefois, un comité dépendance, dont Alcochoix+ fait partie, est en place. Les cadres supérieurs ou chefs de programme de tous les secteurs de dépendance y participent. Un des trois CSSS qui offraient le programme au moment de l'étude a refusé de participer à la recherche. La raison de ce refus est inconnue.

Tableau 1. Contexte régional des régions participantes

Région	L'Alcochoix offert	1re formation	CSSS offrant le programme	Nombre d'intervenants disponibles	Offre du programme	Table régionale Alcochoix +
Montréal	Oui	2004	2/12	3 intervenants	Automne, hiver, printemps	Non*
Laval	Oui	2004	1/1	8 intervenants	Continue	Oui
Chaudière-Appalaches	Pas tous les CSSS	2004	3/5	4 intervenants	Continue	Non
Québec	Oui	2004	4/4	8 intervenants	Continue	Oui
Laurentides	Non	novembre 2005	4/7	5 intervenants	Continue	Non
Mauricie/ Centre-du-Québec	Oui	novembre 2005	8/8	?	Continue	Non
Saguenay/ Lac Saint-Jean	Selon le budget	mars 2006	1/6	2 intervenants	Continue	Non
Abitibi/ Témis-camingue	Pas tous les CSSS	octobre 2006	3/6	4 intervenants	Continue	Non

* = Rencontres avec les intervenants, présence occasionnelle de l'intervenant du CRPAT.
?= Données non disponibles au moment de la recherche.

2.1.4 Capitale-Nationale

La Capitale-Nationale est l'une des quatre régions pilotes à l'implantation d'Alcochoix+, c'est donc en 2004 que la première formation au programme a eu lieu. Dans cette région, le programme «L'Alcochoix» était offert depuis dix ans et était encore disponible au moment où Alcochoix+ fut implanté. Au moment de débuter l'étude, les quatre CSSS de la région étaient en mesure d'offrir le programme Alcochoix+ et huit intervenants étaient impliqués. Le programme y est offert sur une base continue et en formule autonome ou guidée, avec possibilité d'adapter le nombre de rencontres aux besoins des usagers. Il existe une table régionale Alcochoix+ qui a lieu trois à quatre fois par année. Y participent les intervenants Alcochoix+, la Direction de la Santé publique (DSP), la coordonnatrice du programme, l'Agence de Santé et des Services sociaux ainsi qu'un représentant de la Nation huronne-

wendat. À l'occasion, le représentant du CRPAT est invité pour éclaircir certains points précis. Tous les CSSS qui offraient le programme au moment de l'étude ont participé à la recherche.

2.1.5 Laurentides

Dans la région des Laurentides, l'ancien programme «L'Alcochoix» n'était pas offert. Le programme Alcochoix+ est disponible dans la région depuis la formation qui a eu lieu en novembre 2005. Au moment de débuter l'étude, quatre des sept CSSS de la région étaient en mesure d'offrir le programme Alcochoix+, cinq intervenants étaient impliqués. Le programme y est offert sur une base continue et en formule autonome, guidée ou de groupe, avec possibilité d'adapter le nombre de rencontres aux besoins des usagers. Il n'existe pas de table régionale Alcochoix+ dans la région. Un des quatre CSSS offrant le programme n'a pas été sollicité pour la recherche à cause d'un malentendu (les chercheurs de l'équipe ne savaient pas qu'il offrait le programme).

2.1.6 Mauricie/Centre-du-Québec

Dans la région de la Mauricie/Centre-du-Québec, le programme «L'Alcochoix» était offert depuis 2001-2002. L'ancien programme était encore disponible au moment où Alcochoix+ fut implanté, du moins il faisait partie de l'offre de service. Des doutes ont cependant été émis à savoir s'il y avait toujours des demandes par la population pour ce programme au moment de l'implantation d'Alcochoix+. La première formation au programme Alcochoix+ a eu lieu en novembre 2005. Au moment de débuter l'étude, les huit CSSS de la région étaient en mesure d'offrir le programme. Il est difficile d'identifier précisément le nombre d'intervenants qui pouvaient offrir le programme à ce moment, mais une quarantaine de personnes avaient été formées dans la région. Le programme Alcochoix+ y est offert sur une base continue et en formule autonome ou guidée, avec possibilité d'adapter le nombre de rencontres aux besoins des usagers. Il n'existe pas de table régionale Alcochoix+ dans la région. Les huit CSSS de la région ont été informés de l'existence de la recherche par le répondant régional, deux CSSS se sont portés volontaires pour y participer.

2.1.7 Saguenay/Lac Saint-Jean

Dans la région du Saguenay / Lac Saint-Jean, l'ancien programme «L'Alcochoix» était offert avant l'implantation d'Alcochoix+. À l'époque, il ne faisait pas partie intégrante de l'offre de services des CLSC, c'est-à-dire qu'il n'était offert que lorsqu'un budget était disponible pour en faire la promotion. Il est donc difficile de dire si l'ancien programme était disponible au moment où Alcochoix+ fut implanté. La première formation au programme Alcochoix+ a eu lieu en mars 2006. Au moment de débuter l'étude, un seul des six CSSS de la région était en mesure d'offrir le programme, deux intervenants étaient impliqués. Le programme Alcochoix+ y est offert sur une base continue et en formule autonome ou guidée, avec possibilité d'adapter le nombre de rencontres aux besoins des usagers. Il n'existe pas de table régionale spécifiquement dédiée à Alcochoix+ dans la région. Un forum régional des directeurs généraux est toutefois en place. Ce forum comprend des structures participatives dont une en dépendance, à l'intérieur de laquelle un sous-comité d'implantation d'Alcochoix+ sera éventuellement envisagé. La région a décidé d'expérimenter l'implantation du programme dans un CSSS avant de poursuivre à plus large échelle. L'unique CSSS qui offrait le programme au moment de l'étude a participé à la recherche.

2.1.8 Abitibi-Témiscamingue

Dans la région de l'Abitibi/Témiscamingue, le programme «L'Alcochoix» est offert depuis 1999. Il était encore disponible dans certains CSSS au moment où Alcochoix+ fut implanté. La première formation au programme Alcochoix+ a eu lieu en octobre 2006. Au moment de débuter l'étude, trois des six CSSS de la région étaient en mesure d'offrir le programme Alcochoix+, quatre intervenants étaient impliqués. Le programme y est offert sur une base continue et en formule autonome ou guidée, avec possibilité d'adapter le nombre de rencontres aux besoins des usagers. Il n'existe pas de table régionale Alcochoix+ dans la région. Les trois CSSS qui offraient le programme au moment de l'étude ont accepté de participer à la recherche.

2.2 Déroulement

À l'aide d'une liste fournie par le ministère de la Santé et des Services sociaux, les chercheurs ont contacté la personne responsable du programme Alcochoix+ de chaque région afin d'expliquer la nature de l'étude et solliciter leur participation. Puis, chaque répondant régional a communiqué avec les gestionnaires des CSSS de sa région offrant le programme afin de les inviter à participer et à fournir le nom des intervenants formés au programme Alcochoix+. Dans certaines régions, le répondant a donné les coordonnées des gestionnaires aux chercheurs qui les ont consultés directement. Suite à l'approbation du comité d'éthique de la recherche de chaque CSSS, une rencontre d'information avec les intervenants a eu lieu afin de leur expliquer la nature de l'étude et de leur fournir les consignes sur la façon de compléter les fiches d'usager et les questionnaires. À cette occasion, un formulaire de consentement a été signé par chacun d'eux (voir annexe 7). De plus, la tâche de retirer toutes les informations nominatives des fiches d'usager puis de faire parvenir les photocopies anonymisées à l'équipe de recherche leur a été confiée.

Pour ce faire, un des auteurs du programme et co-chercheur dans cette étude a animé les rencontres, en compagnie d'un agent de recherche. Étant déjà connue des intervenants, il était souhaité que cette personne facilite l'adhésion des participants au protocole de recherche (par ex. : plus grand nombre de fiches d'usagers et de questionnaires retournés). Comme il s'agit de recueillir des données objectives (fiches d'usagers), nous ne croyons pas que la présence d'un chercheur interne[7] a pu influencer la qualité des résultats. Ces rencontres d'information ont eu lieu entre septembre 2007 et janvier 2008 et ont marqué le début de la cueillette des données pour l'ensemble des régions, à l'exception du Saguenay/Lac Saint-Jean. Pour cette région, l'implantation du programme a commencé en cours d'étude, les intervenants n'étaient donc pas prêts à débuter la collecte des données immédiatement après la rencontre d'information. Par ailleurs, la structure décisionnelle au sein du réseau de certaines régions (accès et circulation de l'information difficile) ainsi que les démarches au niveau des Comités d'éthique de la recherche ont retardé le début de la collecte des données dans plusieurs régions. Ainsi, seules deux régions ont bénéficié d'une période de temps de 8 mois, comme prévu initialement, pour la collecte des fiches d'usagers. Pour les autres régions, une date limite a dû

[7] L'équipe de recherche est formé de trois chercheurs internes et d'un chercheur externe. Un chercheur interne participe à la création ou l'implantation d'un programme. Il connaît mieux le programme et les personnes impliquées et risque moins de commettre des erreurs par ignorance. Au contraire, un chercheur externe n'est aucunement impliqué dans la création ou l'implantation. Il est moins susceptible d'être influencé par des considérations personnelles, il peut se permettre d'être plus franc sans risquer sa popularité auprès des personnes impliquées dans le programme.

être fixée au 30 juin 2008. C'est donc une période de 5 à 8 mois qui a été accordée aux différentes régions pour la collecte des fiches d'usagers.

Bien que les questionnaires des intervenants devaient être remplis et remis lors de la tenue des groupes discussion, certains ont cependant été acheminés plus tard à cause d'oubli ou parce que l'intervenant n'a pu être présent au groupe de discussion (n = 13). Il est donc possible que certains intervenants aient été influencées par le fait d'avoir assisté préalablement aux groupes de discussion.

Chaque répondant régional a été consulté lors d'une entrevue téléphonique afin de documenter le contexte régional généralement en début d'étude (moins de 2 mois après le début de la cueillette des données). Des difficultés à rejoindre les personnes concernées ou à trouver un remplaçant capable de répondre aux questions (à cause de congés de maladie ou de maternité) ont fait en sorte que certaines entrevues ont été réalisées plusieurs mois après le début de la collecte de données (environ 5 à 7 mois pour trois régions). Dans deux régions, le répondant régional a souhaité qu'une deuxième personne soit présente lors de l'entrevue afin de compléter les informations manquantes (prédécesseur ou coordonnatrice régionale). Ces répondants régionaux furent à nouveau consultés après la période de cueillette des données pour vérifier si des modifications avaient été apportées pendant ladite période. Toutefois, pour deux régions, ce suivi n'a pas été effectué étant donné la trop courte période de temps s'étant écoulée depuis le premier entretien (moins de 2 mois). Ces consultations ont été réalisées par un agent de recherche et enregistrées. Une grille d'entrevue préétablie structurait l'entretien.

Quant à l'animation des groupes de discussion, elle a été confiée au chercheur externe de l'équipe, accompagné d'un agent de recherche. Cette façon de faire a permis d'éviter de biaiser les résultats de la discussion par la présence de chercheurs internes. Ainsi, les participants ont pu confier certaines faiblesses du programme sans que la personne qui a conçu le programme, qui les a formés ou qui a formé les formateurs ne soit présente. L'éloignement géographique d'une des régions a toutefois conduit le chercheur externe à animer seul un des groupes de discussion.

Les groupes de discussion ont débuté par une brève présentation de l'équipe de recherche, un rappel de l'objectif principal de l'étude et l'explication de la structure de la rencontre. Un tour de table a par la suite permis aux participants de se présenter et d'expliquer leur lien avec le programme Alcochoix+. Enfin, des questions préalablement définies selon une guide de discussion ont été adressées aux participants qui ont alors émis certains commentaires, impressions ou opinions en lien avec les sujets abordés. Les groupes discussion ont tous eu lieu en juin 2008 et ont duré entre 79 et 170 minutes. Au total, six groupes discussion ont eu lieu avec les intervenants des CSSS au lieu de huit, car deux groupes de discussion ont réuni les intervenants de deux régions. Ce jumelage par proximité géographique a été effectué afin de s'assurer qu'il y ait au moins trois intervenants présents à chaque groupe de discussion. Ainsi, les régions de Montréal et des Laurentides, ainsi que Chaudières-Appalaches et Saguenay/Lac Saint-Jean ont été fusionnées pour former deux groupes de discussion.

Dans un groupe, deux agents de promotion se sont ajoutés même s'ils n'avaient pas reçu de formation pour offrir le programme. Leur expérience unique en lien avec la promotion et la publicité du programme Alcochoix+ a permis d'apporter des informations additionnelles pertinentes, en ce sens, leurs propos ont été considérés lors des analyses. Ils ont également signé un formulaire de consentement.

Par ailleurs, un coordonnateur au programme Alcochoix+ a assisté à une partie d'un groupe de discussion. Étant donné son statut, le point de vue de ce coordonnateur n'est pas pris en compte lors de l'analyse des résultats. Il est à noter qu'il a dû quitter la rencontre avant la fin, il n'a donc pas participé à

la discussion portant sur les obstacles à l'implantation. Les propos des intervenants n'ont donc pas pu être influencés par sa présence lorsque ce thème plus délicat fut abordé. De plus, trois intervenants présents à ce groupe de discussion et choisis au hasard ont été contactés afin de s'assurer que la présence du coordonnateur n'avait pas influencé leurs commentaires.

Quant au groupe discussion avec les personnes-ressources des CRPAT, huit intervenants y ont pris part. Une personne-ressource par région a participé à l'étude, à l'exception d'une région où aucune personne-ressource des CRPAT n'était en poste au moment de la collecte des données et d'une autre région où deux personnes-ressources ont participé à l'étude.

Une fois les analyses préliminaires effectuées, les participants de la recherche (intervenants et répondant régional) ainsi qu'un gestionnaire de chaque CSSS participant ont été conviés à l'un ou l'autre des deux groupes de présentation des résultats tenus à Montréal et à Québec en décembre 2008. Les résultats furent alors exposés en cinq sections, chacune étant associée aux objectifs de la recherche. Aux termes de chacune des sections, les personnes présentes furent invitées à émettre leurs commentaires, opinions, questionnements ou impressions en lien avec les résultats présentés. De plus, quelques questions plus spécifiques leur ont été posées afin de bonifier l'interprétation de certains résultats obtenus. Également, avant d'entamer la section portant sur les obstacles à l'implantation, un questionnaire fut remis aux participants pour qu'ils évaluent quantitativement l'influence des obstacles à l'implantation du programme Alcochoix+ dans leur région.

Les périodes d'échange ont été animées par un des co-chercheurs, tandis que les résultats ont été présentés par le chercheur principal et un co-chercheur. Un ou deux agents de recherche étaient également présents à ces rencontres. Un des groupes de présentation des résultats a été enregistré et les propos des participants retranscrits mot à mot par la suite. Des problèmes techniques ont par contre empêché l'enregistrement du groupe résultats de Québec, des notes ont donc été prises par un agent de recherche. Un avis a été distribué aux participants et lu intégralement avant de débuter la présentation par le chercheur externe au programme (voir annexe 8). Cet avis informait les participants que la rencontre serait enregistrée sur DVD et qu'ils étaient libres d'exprimer tout malaise en lien avec ce procédé à tout moment. De plus, l'avis mentionnait que le questionnaire portant sur les obstacles à l'implantation était anonyme et à remplir sur une base volontaire.

2.3 Sources d'information

Les données recueillies proviennent de cinq sources d'information soit les fiches d'usager, les questionnaires des intervenants, les groupes de discussion, les entrevues téléphoniques et les questionnaires sur les obstacles à l'implantation. Une description de chacune de ces sources est d'abord présentée puis les documents utilisés sont reproduits intégralement à la fin de ce rapport (voir annexe 9).

2.3.1 Fiches d'usager

Une fiche est remplie par les intervenants des CSSS pour chacun des usagers rencontrés au cours de la période de collecte des données. Cette fiche comporte des questions qui visent à identifier le profil de la clientèle (incluant les résultats de l'évaluation effectuée à l'aide du DÉBA-A/D, Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide-Alcool/Drogues), la source de référence au programme ainsi que la formule du programme suivie par l'usager.

2.3.2 Questionnaires des intervenants

Ce questionnaire est destiné aux intervenants des CSSS et contient des questions visant à évaluer les modalités de dispensation du programme au sein de l'établissement des intervenants, l'arrimage avec les centres de réadaptation (facilité de référer des clients, clarté des critères d'admission dans les centres de réadaptation, etc.), le recours à la personne-ressource de la région, leur attitude envers le programme Alcochoix+, leur perception au sujet des obstacles à l'implantation et des éléments facilitateurs ainsi que la fidélité au programme « officiel ».

2.3.3 Groupes de discussion

Le groupe de discussion est une technique d'entrevue qui réunit habituellement six à douze participants et un animateur, dans le cadre d'une discussion structurée sur un sujet particulier (Geoffrion, 1992). Des questions ouvertes structurent ce type d'entrevue et le style d'animation est plutôt souple, offrant ainsi beaucoup de liberté aux participants. La particularité des groupes de discussion tient du fait que les acteurs d'un groupe cible interagissent entre eux, ce qui peut alimenter les discussions, engendrer des réactions, entraîner des changements d'opinions, etc. Dans la cadre de cette recherche, les groupes de discussion ont été utilisés auprès des intervenants des CSSS (et des agents de promotion) afin d'identifier les obstacles surmontés ou à surmonter pour améliorer l'implantation et d'envisager des solutions, afin d'évaluer la formation offerte aux intervenants, la disponibilité et la qualité des services offerts par les personnes-ressources (formateurs) après la formation et afin d'évaluer si la population acceptée au programme répond aux critères d'éligibilité. Un groupe supplémentaire a réuni des personnes-ressources des CRPAT et a permis d'évaluer la compréhension de leur rôle comme personne-ressource, d'obtenir leur point de vue sur l'arrimage avec la première ligne, les obstacles perçus et les éléments facilitateurs.

2.3.4 Entrevues téléphoniques

Les entrevues téléphoniques ont été effectuées auprès des répondants régionaux dans le but de recueillir des informations contextuelles entourant l'implantation du programme Alcochoix+ pour chacune des régions. Ainsi, des questions précises préalablement définies ont structuré les entretiens. Plus précisément, ces questions visaient à documenter l'historique, le contexte politique, l'état des ressources humaines et matérielles entourant l'implantation du programme et les modifications survenues au cours de la période de cueillette de données.

2.3.5 Questionnaires sur les obstacles à l'implantation

Ce questionnaire a été conçu dans le but de sonder, de manière quantifiable, les participants à propos des obstacles à l'implantation qui ont été mentionnés dans les groupes discussions, les entrevues téléphoniques et les questionnaires des intervenants. Les participants sont invités, pour chacun des obstacles, à évaluer dans quelle mesure l'obstacle en question a nui à l'implantation du programme Alcochoix+ dans sa région. Cinq choix de réponse sont alors possibles : pas du tout, un peu, moyen, beaucoup, extrêmement. Finalement, les participants doivent nommer les trois principaux obstacles à l'implantation observés dans leur région.

2.4 Les participants

Au total, 38 intervenants Alcochoix+ des Centres de Santé et des services sociaux ont participé à toute ou à une partie de l'étude. La région du Saguenay/Lac Saint-Jean en compte 2 ; la Mauricie/Centre-du-Québec, 7 ; Montréal, 4 ; Abitibi/Témiscamingue, 3 ; Chaudière-Appalaches, 3 ; Laval, 6 ; Laurentides, 4 et la Capitale Nationale, 9 en plus des deux agents de promotion non formés au programme Alcochoix+. Chaque intervenant des CSSS n'a pas nécessairement participé à toutes les étapes de la collecte de données. En effet, 32 intervenants ont été recrutés lors des groupes d'information tenus dans chaque région, mais au cours de l'étude, un a pris un congé sabbatique, quatre sont partis en congé de maternité ou de paternité et six ont changé d'emploi ou de poste. Par ailleurs, six intervenants se sont joints à la recherche à divers moments du processus, dont cinq qui remplaçaient les personnes absentes temporairement ou définitivement.

De plus, huit personnes-ressources des centres de réadaptation en dépendance et huit répondants régionaux ont également contribué à différents moments au cours de l'étude. Enfin, quatre gestionnaires des CSSS, sur une possibilité de 18 invités à assister aux groupes de présentation des résultats, ont contribué par leurs commentaires ou en remplissant le questionnaire sur les obstacles à l'implantation. Il faut toutefois souligner que des conditions météorologiques difficiles ont empêché certains individus d'assister à la présentation des résultats à Québec.

2.5 Stratégie d'analyse

La stratégie d'analyse privilégiée dans la présente étude repose sur une technique de validation par triangulation méthodologique, c'est-à-dire que des données à la fois quantitatives et qualitatives ont été recueillies et analysées. Cette stratégie aurait pour but « de conduire à une compréhension et à une interprétation les plus riches possibles du phénomène étudié » ainsi que de permettre « au chercheur d'objectiver ses pistes d'interprétation » (Mucchielli, 2004). Ainsi, la triangulation des données permet non seulement de corroborer les résultats obtenus, mais également de pallier aux limites qui sont propres à chacune des méthodes de collecte de données (Mucchielli, 2004).

Les analyses quantitatives et qualitatives sont décrites séparément ci-dessous mais, elles sont présentées de façon parallèle dans la section traitant de l'analyse des résultats. Lorsque possible, la concordance (ou la divergence) entre les sources d'information et entre les résultats qualitatifs et quantitatifs a été évaluée. Ceci a permis de vérifier si les résultats qualitatifs étaient en mesure non seulement d'appuyer les résultats quantitatifs, mais également de mieux les expliquer dans le but d'offrir une compréhension plus riche et nuancée de l'état d'implantation du programme Alcochoix+.

2.5.1 Analyses quantitatives

Dans un premier temps, des analyses descriptives sous forme de fréquences, de proportions, moyennes ou écarts types ont été effectuées pour les données quantitatives provenant des fiches d'usagers, des questionnaires des intervenants et des questionnaires sur les obstacles à l'implantation. Des tests de comparaison de fréquence ou de moyenne (chi-carré, test-t, U Mann-Whitney) ont été utilisés afin de comparer divers sous-groupes (les hommes versus les femmes, les régions pilotes versus les régions nouvelles, les clients admis au programme versus les clients non admis, les clients avec une scolarisation de niveau primaire/secondaire versus ceux de niveau postsecondaire). La présence d'une relation entre certaines variables a également été vérifiée à l'aide de corrélations bivariées (r de

Pearson). Finalement, des analyses de régression logistiques ont été utilisées afin de comparer le profil des usagers non admis avec ceux qui ont été admis au programme (fréquence de la consommation, le sexe).

Certaines données qualitatives obtenues par l'entremise des questionnaires des intervenants ont été catégorisées et analysées de manière quantitative afin d'obtenir des fréquences ou proportions.

2.5.2 Analyses qualitatives

L'analyse qualitative est une démarche qui repose sur une logique « de la découverte ou de la construction de sens » et comporte différentes techniques d'analyse (Mucchielli, 2004). Pour la présente recherche, l'analyse de contenu thématique a été privilégiée. Ce type d'analyse vise à dégager du contenu d'analyse brut des thèmes généraux récurrents. Cette méthode peut se faire de manière inductive, c'est-à-dire que les thèmes émergent du contenu d'analyse, ou de manière déductive, c'est-à-dire que les thèmes sont préalablement définis (Deschenaux, 2007). Étant donné que les grands thèmes de la recherche ont déjà été définis en fonction d'objectifs et de questions de recherche précis, l'analyse des groupes de discussion a d'abord reposé sur une logique déductive. Puis, selon un processus itératif, les nouveaux thèmes émergeants du discours des intervenants ont été ajoutés aux thèmes déjà identifiés.

Trois sources d'information ont été l'objet d'analyses qualitatives soit les verbatim des groupes de discussion, les verbatim des entretiens téléphoniques ainsi que les données qualitatives portant sur les obstacles et facilitateurs à l'implantation obtenues à partir des questions ouvertes du questionnaire des intervenants. Pour ce qui est des entretiens téléphoniques, seules les informations qui concernent les obstacles, facilitateurs et pistes de solution à l'implantation ont été analysées afin de comparer les différentes sources d'information. Les autres données recueillies visaient surtout à documenter le contexte régional et n'ont donc pas été l'objet d'analyses approfondies.

Le contenu des groupes de discussion et des entretiens enregistrés a été retranscrit mot à mot, puis anonymisé par un agent de recherche. Puis, les verbatim ont été codifiés, c'est-à-dire qu'une première transformation des données brutes a alors été effectuée. Cette étape consiste à isoler des extraits du verbatim et à regrouper tous les extraits traitant d'un même sujet à l'intérieur de différents thèmes, aussi appelés « codes ». La seconde étape de catégorisation a consisté à regrouper ces thèmes ou codes en un tout intelligible et porteur de sens (Deschenaux, 2007; Mucchielli, 2004). Une grille de codification commune a été utilisée pour classer les obstacles, les éléments facilitateurs et les pistes de solution. Autrement dit, ces éléments ont été codifiés selon les mêmes thèmes et sous-thèmes peu importe la source d'information. Le logiciel NVivo a été utilisé pour codifier et catégoriser les verbatim.

Les analyses ont d'abord été effectuées de manière verticale, c'est-à-dire pour chacun des entretiens ou groupes de discussion de manière isolée. Puis, une approche horizontale a permis d'identifier des points de convergence ou de divergence entre les différentes sources d'information (intervenants des CSSS, intervenants des CRPAT et répondants régionaux) et les différentes régions (pilotes vs nouvelles) à l'étude.

En résumé, les analyses qualitatives ont été effectuées à partir des données provenant des groupes de discussion avec les intervenants des CSSS et les personnes ressources des CRPAT, ainsi que les obstacles, les éléments facilitateurs et les pistes de solution mentionnés dans les questionnaires des

intervenants et lors des entretiens téléphoniques avec les répondants régionaux. Les analyses quantitatives ont été effectuées à partir des données provenant des fiches d'usagers, des questionnaires des intervenants et des questionnaires sur les obstacles à l'implantation.

ANNEXE 3 : RÉSULTATS

Afin de faciliter la compréhension, les résultats de l'étude sont présentés en fonction des objectifs et des questions de recherche. Selon une perspective de triangulation des données, l'ensemble des résultats disponibles sont exposés pour chacun des thèmes abordés.

3.1 Objectif 1. Vérifier si l'intervention respecte le canevas du programme «officiel» tant au plan du contenu que des modalités de dispensation du programme (formules autonome, guidée et en groupe)

3.1.1 Est-ce que toutes les modalités de dispensation de programme sont offertes dans toutes les régions?

Selon les données recueillies dans le questionnaire des intervenants, les formules autonome et guidée du programme ont été offertes, au cours de l'étude, dans les huit régions participantes tandis que la formule groupe n'a été dispensée que dans trois régions. La compilation des fiches d'usager montre que la grande majorité des usagers ont suivi le programme sous sa formule dirigée (63.1%), tandis que 19% ont suivi la formule autonome et 18% la formule groupe. Dans l'ensemble, les usagers ont obtenu la formule de leur choix (91,4%). Dans le cas contraire, c'est surtout à cause du manque de disponibilité de la formule groupe que les usagers n'ont pu obtenir la formule désirée. Ainsi, les groupes étaient soient complets (60%) ou non disponibles en raison d'un manque de demandes (32%). Pour une petite proportion d'usagers (8%), c'est plutôt leur manque de disponibilité au moment des rencontres de groupe qui les a amenés à suivre une autre formule. La difficulté de recruter un nombre d'usagers suffisant pour former des groupes a également été mentionnée par les intervenants lors des groupes de discussion.

> *« On a choisi de donner le programme en continu sur toute l'année, commencé à ramasser des noms pour le groupe, mais les gens pouvaient attendre combien de temps dire ben on va vous rappeler quand on va avoir assez de personnes pour faire un groupe. Fac, finalement c'est mort dans l'œuf, pis on n'en a jamais eu assez. Pis là, ben vu qu'on savait que ça prenait du temps, ben on proposait plus la formule groupe, on proposait la formule dirigée, donc le groupe est disparu. »*

Tel que mentionné dans le questionnaire des intervenants, le nombre de rencontres pour la formule dirigée est flexible dans l'ensemble des régions, variant entre deux à six rencontres, à l'exception d'une région où le nombre de rencontres est fixé à deux. Les fiches d'usagers permettent d'estimer que le nombre moyen de rencontres en formule dirigée est de 3,3 (écart type de 1,4). Il est à noter que dans 15,3% des cas (n = 27), ce nombre n'est pas déterminé lors de la première rencontre.

Le délai moyen qui s'écoule entre le moment où les usagers appellent pour une demande de services et le moment où ils sont convoqués pour une évaluation est de 19,4 jours (écart type de 28,3). Toutefois, il est à noter que 50 % des usagers sont évalués en moins de sept jours. Le délai moyen semble gonflé par le plus long délai observé dans une des régions. Alors que, dans sept régions, les délais moyens varient de 5,6 à 14 jours et que les usagers ont attendu un maximum de 60 jours avant d'être évalués, une région présente un délai moyen de 38,8 jours (écart type de 38,7) et l'attente peut se prolonger jusqu'à 150 jours. Dans cette région, les services Alcochoix+ sont offerts sur une base saisonnière suite à un blitz publicitaire. Les usagers qui font une demande de services, une fois cette

période terminée, doivent donc attendre à la prochaine session avant d'être évalués, ce qui explique les plus longs délais d'attente observés.

3.1.2 Jusqu'à quel point les intervenants se conforment-ils au contenu du manuel de l'intervenant?

Cette section présente les résultats concernant les attitudes des intervenants envers le programme ainsi que la fidélité au contenu lors de leurs interventions avec les usagers.

3.1.2.1 Attitudes des intervenants envers le programme

Les données recueillies à l'aide du questionnaire de l'intervenant permettent de constater que la grande majorité des intervenants (94,5%) offrant le programme Alcochoix+ croient que le boire contrôlé est un objectif pertinent pourvu qu'il s'adresse à une clientèle ciblée (des personnes qui n'ont pas de dépendance à l'alcool et qui ont une stabilité sociale et psychologique). Quelques intervenants adoptent toutefois des points de vue différents. Ainsi, 13,9% des intervenants sont d'avis que l'objectif de boire contrôlé est pertinent pour toute personne ayant un problème d'alcool et ce, peu importe la gravité. À l'autre extrémité du spectre, 2,8% des intervenants croient que l'abstinence demeure la meilleure solution pour toute personne ayant un problème d'alcool, car le boire contrôlé est très difficile à maintenir à long terme.

Dans l'ensemble, les intervenants sont enthousiastes (81%) envers l'approche d'intervention du programme Alcochoix+. Les autres se disent neutres (8,1%) ou sont plutôt sceptiques (10,8%) face au programme. D'autre part, la plupart des intervenants ont été consultés et étaient intéressés par Alcochoix+ avant d'être intégrés au programme (73%). Toutefois, 13,5% des intervenants ont été consultés, mais ont subi beaucoup de pression afin d'accepter le poste et 13,5% n'ont pas été consultés, leur implication ayant plutôt été exigée par leur supérieur. Le tableau 2 présente la satisfaction professionnelle reliée au rôle d'intervenant au programme Alcochoix+. Ainsi, la plupart des intervenants considèrent Alcochoix+ comme une source de satisfaction professionnelle (moyenne du score de satisfaction: 2,5). Un seul intervenant ne ressent aucune satisfaction dans ce rôle.

Tableau 2. Satisfaction professionnelle reliée au rôle d'intervenant au programme Alcochoix+

Satisfaction	**Fréquence et pourcentage**	
	n	%
Pas du tout satisfait (0)*	1	2,7
Un peu satisfait (1)*	5	13,5
Moyennement satisfait (2)*	10	27,0
Beaucoup satisfait (3)*	18	48,6
Extrêmement satisfait (4)*	3	8,1
Moyenne	2,5	
Écart type	0,9	
n	37	

* Les chiffres entre parenthèses correspondent aux cotes qui ont été attribuées à chacun des choix de réponse et qui ont servi à calculer la moyenne de satisfaction.

Par ailleurs, les concepteurs du programme Alcochoix+ ont établi des pré-requis pour s'inscrire à la formation préalable à l'intervention : (1) posséder des compétences en relation d'aide (la formation Alcochoix+ n'est pas réservée à un titre professionnel spécifique); (2) entretenir des croyances compatibles avec l'objectif de boire contrôlé; (3) avoir de l'intérêt pour ce type de programme (un atout pour favoriser la motivation des usagers). Ainsi, pour la minorité d'intervenants qui ne croient pas en l'approche, qui ont subi des pressions ou ont été forcés à s'intégrer au programme, ces pré-requis ne semblent pas avoir été respectés. Il est toutefois important de mentionner que certains d'entre eux ont révélé lors des groupes discussion avoir malgré tout développé un intérêt envers le programme par la suite.

> *« (…) j'dirais que j'ai été un peu parachuté là, pas de façon involontaire, mais en même temps pas avec beaucoup de temps d'y réfléchir, avec un intérêt qui s'est développé et qui continue à se développer par rapport au programme. »*

Des mesures d'association ont été effectuées entre les croyances des intervenants, leurs attitudes et le nombre de fiches d'usagers par région. Comme indiqué dans le tableau 3, des corrélations significatives sont observées entre la satisfaction des intervenants par rapport à leur rôle, leur disposition envers l'approche ainsi que le nombre de fiches d'usagers remplies dans la région en cours d'étude. Ainsi, plus il y a d'affluence au programme dans une région, plus les intervenants sont satisfaits de leur rôle et plus ils sont enthousiastes envers le programme. Lors de la présentation des résultats préliminaires, les intervenants ont expliqué cette association comme un cycle positif où le fait de croire au programme les amène à en être de meilleurs promoteurs. En retour, l'affluence des usagers leur permet d'observer un plus grand nombre de succès thérapeutique, ce qui confirme leur croyance et renforce leur enthousiasme envers le programme.

> *« Je dirais un peu des deux aussi. Au début tu y crois, mais plus tu as de l'expérience, plus tu peux continuer à vendre pis en donner encore plus au programme. Je pense que les deux, on peut être aussi bon vendeur au début, mais tu confirmes plus avec les expériences que t'as des participants. »*

L'inverse semble aussi vrai. Les résultats indiquent la présence d'une corrélation négative significative entre la croyance en l'abstinence pour tous et le nombre de fiches d'usagers. Autrement dit, plus les intervenants adoptent des croyances qui sont contraires à l'approche prônée par le programme, moins ils rencontrent d'usagers.

3.1.2.2 Fidélité au contenu lors des interventions

La compilation des données issues du questionnaire des intervenants révèle que 93,7 % d'entre eux disent qu'au moins 75 % du contenu de leurs interventions Alcochoix+ provient directement du manuel des intervenants (voir tableau 4).

Tableau 3. Corrélations[a] entre les croyances, les attitudes et le nombre de fiches d'usagers par région.

	Croyances						
	Abstinence pour tous	Boire contrôlé pour clientèle cible	Boire contrôlé pour tous	Intégration au programme	Satisfaction envers le rôle	Disposition envers l'approche	Nombre de fiches
Croyances							
Abstinence pour tous	-- —						
Boire contrôlé pour clientèle cible	,04 (36)	-- —					
Boire contrôlé pour tous	- ,20 (36)	**- , 65***** (36)	-- —				
Intégration au programme	- ,07 (36)	- ,03 (36)	,06 (36)	-- —			
Satisfaction envers le rôle	- ,32 (36)	,05 (36)	- ,07 (36)	,04 (37)	-- —		
Disposition envers l'approche	**- ,41*** (36)	- ,08 (36)	,18 (36)	,29 (37)	**,58***** (37)	-- —	
Nombre de fiches	**- , 33*** (36)	- , 02 (36)	, 13 (36)	,23 (37)	**, 59***** (37)	**,49**** (37)	-- —

a : Le nombre de participants est inscrit entre parenthèses pour chaque corrélation
* p< 0,05, ** p <0,01, *** p < 0,001

Tableau 4. Proportion du contenu des rencontres qui provient directement du programme

Proportion du contenu	**Fréquences et pourcentages**	
	n	%
100 %	11	34,4
Entre 90 % et 99 %	9	28,1
Entre 75 % et 90 %	10	31,2
Entre 60 % et 75 %	1	3,1
Entre 40 % et 60 %	1	3,1
Total	32	100

Dans ce même questionnaire, les intervenants devaient indiquer la fréquence avec laquelle ils présentent chaque élément de contenu proposé dans le manuel, et ce, pour les deux premières rencontres individuelles. Afin de calculer des moyennes, un score de « 0 » a été attribué à la réponse « jamais » ; un score de « 1 » à la réponse « parfois » ; 2 à « la plupart du temps » et 3 à « toujours ». Comme l'indique le tableau 5, la moyenne de l'ensemble des éléments de contenu se situe à 2,5 pour les deux rencontres, ce qui signifie que les intervenants présentent en moyenne entre « la plupart du

temps » et « toujours » les différents éléments de contenu proposés dans le manuel des intervenants. De plus, les éléments qui ont obtenu une moyenne de fréquence plus faible lors de la première rencontre (suggestion de pause sans alcool et balance décisionnelle) sont des éléments facultatifs, c'est-à-dire que le manuel invite l'intervenant à juger de leur pertinence en fonction des besoins de l'usager.

Tableau 5. Fréquence de présentation du contenu aux usagers.

Contenu	Moyenne	Écart type	Nombre d'intervenants ayant répondu « jamais »
Première rencontre :			
Présentation du programme	2,7	0,8	2
Attentes des participants	2,7	0,7	1
Détermination du nombre de rencontres	2,2	1,0	2
Utilisation du guide	2,9	0,3	0
Exercice sur la consommation standard	2,5	0,8	0
Consignes pour noter les consommations	2,8	0,5	0
Suggestion de pause sans alcool (facultatif)	2,4	0,9	1
Balance décisionnelle (facultatif)	1,8	0,9	2
Conclusions	2,3	1,0	2
Moyenne générale	***2,5***	***0,4***	
Deuxième rencontre :			
Retour général sur les dernières semaines	3,0	0,0	0
Retour sur les exercices des phases précédentes	2,2	0,8	1
Retour sur le défi sans alcool	2,4	0,7	0
Discussion au sujet des objectifs	2,4	0,7	0
Utilisation des stratégies et des situations à risque	2,7	0,5	0
Information sur la suite	2,4	0,9	1
Conclusions	2,6	0,7	0
Moyenne générale	***2,5***	***0,3***	

Lorsqu'on leur demande de décrire le matériel provenant de l'extérieur qu'ils utilisent dans le cadre du programme Alcochoix+, 62,9 % des intervenants disent qu'ils n'en ajoutent aucun et ceux qui en ajoutent (37.1 %) mentionnent généralement des ajouts mineurs qui respectent l'esprit du programme. Les ajouts les plus fréquents concernent des notions ou du matériel sur les besoins et les émotions (11 des 14 intervenants qui rapportent faire des ajouts)[8], sur la toxicomanie (9/14), l'approche motivationnelle ou la motivation au changement (7/14). Divers éléments sont aussi mentionnés (5/14) : plan d'urgence, communication non violente, sommeil, exercices physiques, santé mentale, etc.

Ces résultats concordent avec ceux obtenus par l'entremise des groupes de discussion. En effet, les intervenants de deux régions affirment appliquer le programme tel quel. Ces régions sont d'ailleurs celles pour qui les intervenants disent n'avoir accepté dans le programme que la clientèle admissible étant donné le peu de suivis effectués et qu'ils n'ont pas été confrontés à des clientèles dont

[8] Certains intervenants rapportent ajouter plus d'un élément.

l'admissibilité était incertaine (« zone grise ») ou qui ne répondaient clairement pas aux critères d'admission.

Les intervenants de cinq régions rapportent avoir effectué des modifications mineures au programme. Ces modifications concernent d'abord le contenu des rencontres, surtout le fait d'insister davantage sur certaines notions en fonction des besoins de la clientèle. D'autres intervenants ont mentionné avoir offert un suivi post-Alcochoix+ aux clients qui le désiraient et ne pas avoir organisé la petite fête prévue dans le manuel à la fin du programme pour la formule groupe. Des modifications ont parfois été apportées au rythme des rencontres (ex. espacement des trois dernières rencontres) ou à la séquence de présentation du contenu (ex. le contenu informatif présenté au complet à la première rencontre plutôt que de le répartir en deux rencontres).

> *« Ben moi je l'ai pas adapté dans le sens de changer des choses, mais plus au niveau d'inciter comme je vous disais pour la personne qui avait des problèmes de santé mentale de plus l'ancrer dans la base besoin, qu'elle les identifie mieux pour qu'elle puisse avoir des meilleures stratégies, fac ça ça fait que j'ai pris plus de rencontres. »*

Une seule région parmi les huit participantes a fait des modifications majeures au programme. Ces intervenants ont changé la façon d'aborder la situation en discutant des motifs de consultation et des besoins de l'usager avant de débuter le programme. Ils ont parfois dévié du programme afin de s'adapter aux besoins des usagers. Finalement, les suivis ne se sont pas toujours limités à six rencontres, s'étalant parfois jusqu'à un an. Pour ces intervenants, le programme Alcochoix+ est un bon outil, mais qui n'est pas unique et qui n'est pas toujours utilisé dans son intégralité.

> *« Pis d'autres on regarde le livre pis on regarde ben gros les stratégies plus qu'une étape un, deux, trois, quatre, pis les situations à risque on va s'en servir de même pis eux autres c'est dans la relation qu'ils vont implanter le changement. Fac moi une rencontre à six pis comment j'en planifie au début je n'en parle même pas. On va voir, on va t'appuyer, on se rencontre quoi aux semaines, aux deux semaines, aux quinze jours, je pense qu'on est capable de se rencontrer aux mois, des fois par saison. Il y en a que j'ai fait la boucle sur l'année (…) »*

Des adaptations au programme ont également été rapportées pour trois types de clientèles. D'abord, <u>pour des usagers admissibles au programme</u> tels que les buveurs impulsifs, les usagers abstinents qui ont cessé de boire avant de débuter le programme, les usagers qui suivent Alcochoix+ en réponse à des pressions externes (Programme d'Évaluation des Conducteurs automobiles [PÉCA], ordonnance de la cour, patron, proches) et un couple de buveurs qui ont fait le programme conjointement. Pour les buveurs impulsifs (*binge drinkers*), des mises en garde sont ajoutées afin de les préparer au programme. Ils sont informés qu'étant donné leur profil de consommation, la difficulté de suivre un tel programme sera plus grande et, pour la formule groupe, il leur est conseillé d'éviter les comparaisons avec les autres participants.

> *« Il y en a quand même toujours deux, on en a toujours deux ou trois qui ont une tendance plus binge, mais ils ont été préparés d'avance fac justement il faut pas qu'ils se fient à ce qu'ils entendent des autres parce que les autres ont une diminution régulière. »*

Pour les buveurs abstinents, les envies de consommer sont notées plutôt que le nombre de consommations ou certaines étapes sont mises de côté afin de se concentrer sur les besoins et les stratégies. Alcochoix+ est alors utilisé dans le but de prévenir les rechutes et de maintenir l'abstinence.

> *« Mais oui il peut être malléable à savoir les gens qui ont cessé de consommer pis qui veulent avoir un outil. Tsé, dans le fond, ils correspondent pas au programme, mais eux autres ils se sentent fragiles pis eux autres veulent des outils pis eux autres veulent continuer d'avancer dans des démarches pour justement donner plus de moyens pour pas rechuter. Leur programme est adapté en fonction de il est abstinent, on travaille l'abstinence, comment atteindre, comment garder l'abstinence, qu'est-ce qui peut être fait. »*

Quant aux usagers poussés par des pressions externes à suivre le programme, l'intervention motivationnelle est souvent mise de l'avant.

> *« (…), mais souvent ils viennent chercher de l'aide, mais c'est pas une motivation intrinsèque souvent c'est des proches, des enfants, le conjoint, le patron, fac tsé tu es pas à la même place là. (…) Fac c'est pour ça que j'trouvais intéressant là le travail au niveau motivationnel pis les amener justement à réfléchir pis à questionner pour voir où ils vont se ramasser là avec une conscience plus de la situation actuelle. »*

Ensuite, plusieurs intervenants ont également adapté Alcochoix+ aux besoins de diverses clientèles dont le profil correspond à la première ligne, mais non admissibles au programme (ex. : les usagers qui ont des problèmes de santé physique qui nécessitent l'abstinence ou qui souffrent de troubles mentaux). Pour les usagers qui vivent une crise personnelle ou qui souffrent de troubles de la santé mentale, une augmentation du nombre de rencontres ainsi que l'introduction d'éléments pertinents à l'autre problématique (ex. gestion de l'anxiété) sont des exemples d'adaptation.

> *« (…) si le client ne répond pas aux critères Alcochoix propres Alcochoix, mais qu'il cadre à la première ligne ça va de toute façon à la première ligne donc on l'intègre dans Alcochoix. On adapte notre programme en fonction de. Donc Alcochoix c'est quoi 35 consommations maximum ! Ça existe plus. Des fois il y a des problèmes au niveau santé mentale, de troubles anxieux justement, troubles dépressifs qui sont présents donc on doit s'adapter aussi. »*

Finalement, des adaptations sont effectuées pour des clientèles non admissibles au programme qui devraient être orientées en deuxième ligne (ex. les consommateurs de drogues). D'ailleurs, certains usagers sont acceptés dans le programme parce qu'ils refusent de consulter en deuxième ligne. De fait, dix intervenants (34,5 %) qui ont complété le questionnaire de l'intervenant disent avoir évalué au moins un usager non admissible qui a refusé d'être réorienté. Pour ces clientèles, le programme Alcochoix+ est parfois utilisé à des fins motivationnelles pour sensibiliser et assurer une prise de conscience quant à l'ampleur de la consommation dans le but d'orienter l'usager vers des services plus appropriés par la suite.

> *« Moi s'est arrivé une fois que j'avais accepté de faire le programme avec un jeune qui consommait du cannabis aussi, mais qui voulait pas aller à [CRPAT], il consommait trop d'alcool aussi, fac lui ça été pour le motiver à prendre conscience du problème (…) »*

L’admission au programme en collaboration avec d’autres professionnels est un autre exemple d’adaptation (ex. médecin). Il est à noter que parmi les dix intervenants ayant rapporté au moins un refus de réorientation, quatre ont accepté l’usager dans le programme et deux ont travaillé la motivation. Certains intervenants ont plutôt pris la décision d’accorder un temps de réflexion aux clients (1/10), d’organiser une rencontre d’information (1/10) ou de les réorienter dans d’autres services (2/10). Dans deux cas[9], ce refus du client a conduit à une fin de service.

Les adaptations au programme semblent donc assez fréquentes. D’ailleurs, un intervenant va même jusqu’à se demander s’il est possible de ne pas adapter le programme étant donné l’hétérogénéité de la clientèle desservie.

> *« Moi je suis en train de me poser la question si c’est même possible de faire du Alcochoix pur surtout dans le contexte actuel pis avec les clientèles qu’on a pis l’aggravation entre guillemets du profil de consommation en général de la population. Fac je pense qu’on a tout avantage à diversifier nos modes de fonctionnement au niveau d’Alcochoix. »*

Certaines nuances sont toutefois apportées en ce qui concerne la formule groupe et le nombre de rencontres allouées. La formule groupe se prêterait moins bien à des adaptations, les clientèles qui ont des besoins particuliers sont à ce moment dirigées vers d’autres services en complémentarité avec Alcochoix+. Dans une région où le nombre de rencontres est limité à deux, les adaptations au programme sont moins possibles.

> *« (…) moi je commence mon groupe en disant les émotions, ils vont survivre, vous allez avoir besoin d’autres démarches en externe c’est quasiment certain, le groupe permet pas ça. Parce que tsé en une heure et demie là pour douze personnes. Fac souvent c’est l’orienter vers l’extérieur. »*

Des intervenants ont également mentionné utiliser le programme Alcochoix+ comme source d’inspiration pour intervenir auprès d’autres problématiques. Par exemple, certains exercices ou le carnet de notes sont utilisés pour un suivi en dépendance première ligne chez les consommateurs de drogues, de grands buveurs, etc.

> « Ben en tout cas juste au niveau de la phase où on commence à faire noter aux gens la consommation réelle au moment où ils l’ont pris avec un petit carnet, ça moi je le trouve ben utile pis pas nécessairement juste là-dedans parce qu’à peu près dans tous ceux que j’ai rencontrés, la consommation qu’il croyait avoir versus la consommation réelle après ça ça toujours été comme la première étape qui a été très déterminante, ah je pensais pas que c’était aussi pire que ça. Pis ça, je l’ai utilisé aussi au niveau de la consommation de drogues là pas juste au niveau de la consommation d’alcool. »

[9] Un intervenant peut avoir donné plus d’une réponse.

3.2 Objectif 2. Vérifier si le profil de la clientèle rejointe correspond à celui de la clientèle cible

Deux aspects seront traités dans cette section : l'admission de la clientèle en fonction des critères d'éligibilité et le mode de recrutement de la clientèle.

3.2.1 Est-ce que la sélection de la clientèle admise au programme respecte les critères d'éligibilité du programme ?

Au cours de l'étude, 349 usagers ont fait une demande d'aide ou ont été orientés à Alcochoix+ et la majorité ont été admis au programme (90,4 %). Il est cependant important de noter que dans certaines régions, les usagers sont d'abord évalués par un service d'accueil avant d'être orientés au programme. Un premier tri est effectué à ce moment, ce qui pourrait avoir gonflé le taux moyen d'admission au programme.

Les fiches complétées lors de l'évaluation par les intervenants Alcochoix+ montrent que les usagers qui se présentent au programme sont âgés de 18 à 85 ans, qu'ils ont en moyenne 45,8 ans (écart type de 11,3 ans). Une proportion équivalente d'hommes et de femmes (49,7 % vs 50,3 %) compose l'échantillon. Alors qu'autant d'hommes et de femmes sont admis au programme (χ^2 (1) = 0,9, p = 0,3), une proportion plus élevée d'hommes n'y sont pas admis (71,9 %) (χ^2 (1) = 6.1, p < 0,05). L'âge des usagers n'a pas d'influence sur l'admission ou non au programme.

La majorité des usagers détiennent un diplôme universitaire (38,8 %) ou collégial (24,6 %), environ le tiers ont complété leur quatrième ou cinquième année du secondaire (30,7 %), tandis qu'une minorité possède une scolarité de niveau secondaire 1 à 3 (5,5 %) ou primaire (0,3 %). Comme l'indique le tableau 6, la proportion d'usagers qui détient une scolarité de niveau primaire ou secondaire est plus élevée chez ceux qui ne sont pas admis au programme et cette différence est significative (χ^2 (1) = 15,5, p < 0,001).

Tableau 6. Admission au programme selon le niveau de scolarité

	Admission au programme	
	Admis	Non admis
Niveau de scolarité		
Primaire/Secondaire	103 (82,4 %)	22 (17,6 %)
Postsecondaire	205 (95,3 %)	10 (4,7 %)

Le tableau 7 montre un écart important au niveau de la scolarité des usagers en fonction des régions. Alors que 78 % de la clientèle Alcochoix+ de Montréal a une scolarité postsecondaire, seulement 10 % de la clientèle de l'Abitibi présente cette caractéristique. Si on compare ces données avec celles des populations régionales, il apparaît que les différences de scolarité dans les populations sont beaucoup moins marquées que dans les clientèles du programme (allant de 41,6 % de scolarité postsecondaire dans la population de l'Abitibi à 57,8 % dans celle de Montréal).

Ainsi, dans la région de Montréal, une proportion significativement plus élevée d'usagers que celle de la population régionale a complété des études universitaires ou collégiales (t (140) = 5,58, p <

0,001). Ce résultat corrobore les propos tenus lors des groupes discussion par les intervenants de Montréal qui ont observé ce phénomène chez leurs usagers. La scolarité des usagers de l'Abitibi tend également à différer, sans toutefois atteindre le seuil de signification, de celle de la population régionale (t (9) = -1,62, p = 0.14). Cette tendance pointe vers un niveau de scolarité plus faible au programme que dans la population générale où elle est déjà plus faible que dans plusieurs régions du Québec. D'ailleurs, les intervenants d'Abitibi ont rapporté la présence de certains analphabètes dans la région. La faible taille de l'échantillon (n = 10), en limitant la puissance statistique des analyses comparatives, pourrait expliquer que la différence ne soit pas significative. Cette limite pourrait également s'appliquer aux régions de Chaudières-Appalaches (n = 7) et de la Mauricie/Centre-du-Québec (n = 7).

Tableau 7. Distribution des usagers selon le niveau de scolarité par région et comparaison avec la population régionale.

	Abitibi	Chaudières-Appalaches	Mauricie/C-Québec	Montréal	Laurentides	Laval	Québec	Saguenay
Primaire/secondaire								
Échantillon à l'étude	80,0 %	71,5 %	57,2 %	**21,9 %**	48,8 %	37,6 %	41,7 %	100 %
Population régionale*	58,5 %	54,1 %	52,6 %	**42,2 %**	52,2 %	46,7 %	44 %	50,5 %
Postsecondaire								
Échantillon à l'étude	20,0 %	28,6 %	42,9 %	**78,0 %**	51,3 %	62,5 %	58,3 %	0,0 %
Population régionale*	41,6 %	45,9 %	47,4 %	**57,8 %**	47,8 %	53,3 %	54,0 %	49,5 %
Test-t	-1,62	-0,94	-0,23	**5,78*****	0,43	1,41	0,76	—
n	10	7	7	**141**	41	56	79	4

*Institut de la statistique du Québec, 2009

Quant au profil de consommation, les fiches d'usagers révèlent que la majorité des personnes évaluées par les intervenants Alcochoix+ boivent de l'alcool trois fois ou plus par semaine (84,3 %), que 13,7 % en consomment une ou deux fois par semaine et 2 % trois fois ou moins par mois. En moyenne, ils boivent 27,9 consommations standard lors d'une semaine typique (écart type de 18,6), ils ont vécu 119,5 épisodes de forte consommation lors de la dernière année (écart type de 115,1) et ont obtenu un score de 10,1 au QBDA (écart type de 4,6).

Une comparaison du profil de consommation des usagers en fonction du sexe et de l'admission au programme a été effectuée. Le tableau 8 indique que les hommes boivent un nombre de consommations significativement plus grand lors d'une semaine typique que les femmes. Le tableau 9 permet de constater que les usagers non admis au programme boivent plus de consommations lors d'une semaine typique, rapportent plus d'épisodes de forte consommation lors de la dernière année et obtiennent un score plus élevé au QBDA que les usagers admis.

Tableau 8. Profil de la consommation des usagers en fonction du sexe.

	Hommes		Femmes		t	n
	Moyennes	É.T.	Moyennes	É.T.		
Nombre de consommation lors d'une semaine typique	32	23,6	23,8	10,7	**4,1*** **	337
Nombre d'épisodes de forte consommation lors de la dernière année	126,1	114,3	111,8	115,2	1,1	320
Score au QBDA	9,8	4,7	10,3	4,5	-1,1	331

*** p < 0,001

Tableau 9. Profil de la consommation des usagers en fonction de l'admission au programme.

	Admis au programme		Non admis au programme		t	n
	Moyennes	É.T.	Moyennes	É.T.		
Nombre de consommation lors d'une semaine typique	26,3	12,4	44,4	45,9	**-2,2***	337
Nombre d'épisodes de forte consommation lors de la dernière année	114,9	112,8	167,9	131,3	**-2,3***	320
Score au QBDA	9,7	4,3	13,9	6,2	**-3,4****	331

* p< 0,05, **p< 0,01

Il est à noter que seul 21 DEBA-drogues ont été effectués pour les 336 usagers qui ont participé à l'étude. Le profil de consommation de drogues des usagers est donc difficile à établir.

Le taux d'admission au programme en fonction du score obtenu au QBDA a permis de constater que la majorité des usagers qui cotent entre 0 et 9 au QBDA, zone où l'intervention de première ligne est recommandée, est admise dans Alcochoix+. Pour ce qui est de la zone où l'action recommandée est une discussion avec la deuxième ligne, encore une fois la majorité des usagers sont admis au programme. Finalement, la moitié des usagers qui devaient être référés en deuxième ligne selon le score qu'ils ont obtenu au QBDA (entre 18 et 45) sont acceptés dans le programme. Ils ne sont cependant que 14 dans cette dernière catégorie. Le détail des résultats est présenté dans le tableau 10.

Tableau 10. Taux d'admission au programme en fonction du score au QBDA

Score QBDA	Action recommandée	Usagers admis	Usagers non admis	n
0-9	1re ligne	95,8 %	4,2 %	166
10-17	Discussion	91,4 %	8,6 %	151
18-45	2e ligne	50,0 %	50,0 %	14

Le motif de non-admission au programme le plus fréquent est la consommation d'alcool trop élevée des usagers (37,9 %). D'autres raisons ont également été évoquées telles que la consommation de médicaments prescrits ou de drogues (10,3 %), le manque de motivation (10,3 %), une crise dans la vie personnelle (3,4 %), des raisons médicales (3,4 %) et autres (problèmes de jeu, rechute, etc.) (10,3 %). Les résultats indiquent également que chez 24,1 % des usagers, plus d'un motif est responsable de leur non-admission au programme. Les usagers qui ne sont pas admis au programme sont en majorité orientés dans un CRPAT (85,2 %), quelques-uns se font plutôt proposer un suivi psychosocial (11,1 %), tandis que 3,7 % ont refusé d'être réorientés.

Les groupes de discussion effectués auprès des intervenants ont permis d'obtenir de l'information qualitative à propos du respect des critères d'éligibilité au programme. Dans deux régions participantes, les intervenants n'ont accepté que la clientèle admissible au programme. Dans les autres régions, certains intervenants se sont sentis obligés de recevoir au programme des clientèles non admissibles pour différentes raisons telles que la situation géographique (CRPAT trop éloigné), la non-acceptation par les CRPAT d'usagers qui ne sont pas dépendants aux substances consommées et le refus des usagers de consulter en deuxième ligne.

« Moi c'est arrivé une fois que j'avais accepté de faire le programme avec un jeune qui consommait du cannabis aussi, mais il voulait pas aller à [CRPAT], il consommait trop d'alcool aussi (…) »

Certains intervenants ont quant à eux choisi d'élargir les critères d'admission. Le besoin d'acquérir une expérience de travail avec le programme est l'une des raisons mentionnées pour expliquer cette décision, les intervenants tenteraient ainsi de pallier au faible taux d'achalandage.

« Fac c'est ça on accepte beaucoup de monde pour se faire la main aussi là avec le programme parce que si on n'a pas de client on perd les notions tout ça. Fac oui disons qu'on est assez élastique. »

D'autres motifs sont également soulevés et varient selon les intervenants et les régions. D'abord, des clients de première ligne ont été acceptés dans Alcochoix+ faute de programme alternatif s'adressant à ce type de clientèle.

« (…) on a souvent des discussions cliniques à savoir mon dieu est-ce que j'accepte ce client-là dans Alcochoix parce que j'pense qu'on se base déjà en partant sur la grille DEBA alcool et si le client ne répond pas aux critères Alcochoix propres Alcochoix, mais qu'il cadre à la première ligne ça va de toute façon à la première ligne, donc on l'intègre à Alcochoix. »

Certains intervenants vont admettre au programme des clients qui cotent « zone grise » au DEBA plutôt que de consulter la deuxième ligne.

« On a comme pris des ententes entre nous tsé parce que je sais que dans le DEBA bon si ça dépasse un certain chiffre il faut appeler pour vérifier, mais en fait dans notre cas on s'est comme dit qu'on acceptait tout le monde. »

Finalement, quelques suivis en collaboration avec un médecin ont été effectués auprès d'une clientèle dépendante aux opiacés ou qui souffre de problèmes de santé physique.

« J'ai déjà travaillé en collaboration avec des médecins, une personne qui avait un début d'hépatite pis elle devait dans l'fond arrêter la consommation. Alors en théorie elle aurait pas été ici, mais elle aurait dû aller en centre spécialisé, mais on a choisi de lui faire vivre cette démarche-là pour faire un premier temps. »

D'autres intervenants croient que la motivation des usagers est un critère important à considérer lorsqu'il est question de l'admission, même si ce n'est pas un critère « officiel ». Ainsi, le refus des usagers au programme a parfois été justifié par un manque de motivation.

« (…) pis la fois où j'ai refusé des gens, c'est qu'ils étaient pas motivés, tsé ils voulaient pas changer. Ils étaient obligés d'être là, ils étaient obligés de suivre un programme, ils se sont dit Alcochoix. »

Inversement, des intervenants ont dit avoir accepté au programme des usagers qui ne répondaient pas tout à fait aux critères d'admission parce qu'ils étaient très motivés.

« Ben pour moi l'élément le plus important c'est la motivation de la personne pis sa capacité à s'approprier son pouvoir sur sa consommation. Que la personne consomme beaucoup ou pas beaucoup, c'est vraiment où elle en est dans son processus, dans sa décision d'amener des changements. »

Par contre, d'autres intervenants ne considèrent pas la motivation en tant que critère d'admissibilité au programme, mais font plutôt un travail motivationnel auprès des clients qui manquent de motivation.

Un autre élément qui n'est pas un critère d'exclusion formel au programme, mais qui a été mentionné par les intervenants est la problématique du jeu. Une concomitance de consommation d'alcool à risque et de problèmes de jeu est parfois traitée comme un critère d'exclusion au programme et les intervenants vont plutôt orienter cette clientèle en deuxième ligne.

« Moi je te dirais que quand c'est pour des problèmes de jeu ou quand c'est pour des problèmes de drogues je le vis plus souvent [sentiment d'être confronté à des clientèles qui ont beaucoup d'autres problèmes associés]*, mais il y a plus de marge de manœuvre au niveau de l'alcool. Mais toute dépendance au jeu quand ça coterait première ligne, parce que de 0 à 3-4, ça pourrait être première ligne, on va référer. »*

L'analyse qualitative des groupes de discussion a également permis de constater une certaine confusion chez les intervenants entre les critères d'exclusion au programme et les critères qui sont à considérer afin d'accepter ou non un usager. Le fait de dépasser les critères de consommation à risques pour les drogues, d'avoir reçu une demande de la part du médecin pour cesser de boire ou d'être enceinte sont des critères d'exclusion et mènent automatiquement à un refus. Les critères à considérer afin de décider si le client est admis ou non concernent les usagers qui vivent une période de crise, qui ont un grave de problème de santé mentale ou qui prennent des médicaments prescrits sur une base régulière. Dans ces situations, l'intervenant doit évaluer si la personne est en mesure de suivre le programme ou si elle a besoin d'autres services concomitants. Dans les groupes de discussion, les intervenants discutent parfois de ces critères comme s'il s'agissait de critères d'exclusion, croyant parfois à tort ne pas respecter les critères d'éligibilité au programme.

« Dans le fond moi les trois points que je remarquais qui ressortaient c'est la médication oui c'est pas toujours évident. Cependant moi dans mon secteur, si je refuserais des gens qui prennent de la médication ben j'aurais aucun client parce qu'ils en ont tous des médications. »

Au cours des discussions au sujet de l'admissibilité au programme, des intervenants ont mentionné certaines réserves par rapport à la façon d'utiliser le DÉBA-A/D ou à l'instabilité des scores obtenus suite aux révélations « partielles » d'informations faites par les usagers. Certains considèrent que les évaluations au DEBA-A/D sont parfois effectuées trop rapidement à l'accueil, entraînant l'omission d'éléments importants pour l'orientation des usagers au sein des services. D'autres ont observé une instabilité des scores au DEBA-A/D en fonction de certaines situations et du moment de l'évaluation. Par exemple, certains problèmes révélés au cours du suivi ont parfois nécessité une réorientation, certains usagers minimisent ou omettent de répondre aux questions plus délicates (ex. conduite en état d'ébriété, négligence parentale) ou dans des situations de contraintes légales (ex. : les résultats obtenus par les centres de réinsertion diffèrent de ceux obtenus au CSSS). Enfin, certains sont préoccupés par le fait que des usagers n'obtiennent pas un score au QBDA qui les situe dans la « zone dépendance » malgré un lourd profil de consommation.

3.2.2 Est-ce que le marketing (publicité auprès de la population générale et orientations en provenance des autres services sociaux et de santé suite à l'utilisation d'une stratégie de détection) rejoint la population cible ?

Le recrutement des usagers au programme se fait principalement à l'aide de la publicité et des orientations en provenance des autres services du réseau. Comme l'indique le tableau 11, d'autres sources de référence ont été nommées telles que les parents et amis, le CRPAT, les services externes du réseau (ex. : services psychologiques, organismes communautaires, milieu de travail), les services judiciaires (ex. : maison de transition, programme PÉCA), etc.

Tableau 11. Sources de référence au programme en fonction des régions

	Régions pilotes	Régions nouvelles
Sources de référence		
Publicité	**61,0 %**	**18,5 %**
Parents et amis	10,1 %	9,2 %
Autres services du réseau	**15,4 %**	**44,6 %**
CRPAT	4,2 %	7,7 %
Services externes du réseau	5,9 %	9,2 %
Services judiciaires	1,4 %	7,7 %
Déjà fait le programme	1,7 %	3,1 %
Autres (non précisés)	0,3 %	0,0 %
n	**287**	**65**

Des différences régionales ont été observées. Dans les quatre régions pilotes, c'est surtout par l'entremise de la publicité que les usagers prennent connaissance de l'existence du programme, tandis que dans les quatre régions nouvelles (régions dont les intervenants ont été formés plus récemment), la clientèle provient surtout d'orientations en provenance des services internes. Ces résultats convergent avec les propos tenus par les intervenants lors des groupes de discussion où il était mentionné que

certaines régions priorisent les orientations de l'interne alors que d'autres priorisent la publicité. Par contre, dans quelques régions, plusieurs modalités de recrutement coexistent.

Les groupes de discussion ont également permis de faire ressortir les avantages propres à chacun de ces deux modes de recrutement. D'abord, les usagers orientés au programme par d'autres services du réseau correspondraient généralement mieux aux critères d'admission. De plus, cette méthode permettrait de recruter des individus qui n'auraient probablement pas consulté par eux-mêmes.

« Donc, il y a déjà un tri de fait pis c'est sûr qu'il y a la clientèle qui venait pas nécessairement de base pour leur consommation d'alcool qui se font proposer le programme pis qui vont accepter. Ça, c'est une formule qui semble fonctionner pour faire connaître le programme aussi là si l'intervenant à l'accueil va vraiment vérifier au niveau de la consommation d'alcool à quoi ça ressemble. »

Les orientations de l'interne sont également un moyen d'hausser le taux d'achalandage au programme sans que les intervenants Alcochoix+ aient à consacrer beaucoup de temps à la publicité.

« On a formé à peu près l'équivalent de 80 postes d'intervenants dans le centre pour faire la référence première ligne/deuxième ligne et faire les outils DEBA Alcool, DEBA Drogues. Ça m'amène un petit peu plus de clientèles sans que j'aille dans les médias. »

D'un autre côté, la publicité favorise une concentration des demandes qui rend possible l'offre de la formule de groupe en plus de recruter des participants au programme qui seraient plus motivés.

« (…) on a fait deux groupes en début 2004, deux groupes quand même de huit personnes qui ont bien fonctionné, mais c'était au début donc il y a eu beaucoup de promotion, des conférences de presse, articles dans les journaux, il y a eu un gros accent qui a été mis sur la promotion, que c'est un nouveau programme au CLSC. Là il y a eu plus de demandes qui sont entrées, suffisamment pour faire un groupe. »

Une variation de l'efficacité du recrutement est aussi observée par les intervenants en fonction du type de publicité utilisé. Les conférences de presse, les articles de journaux et la distribution de dépliants à des organismes ou des groupes de professionnels ciblés sont des méthodes qui leur semblent très efficaces. La publicité appuyée d'un témoignage qui offre une description juste de la clientèle cible est un autre moyen qui permettrait de bien cibler la clientèle.

« (…) dans l'article ils décrivaient beaucoup c'était qui les participants pis c'est ça le témoignage de la participante, elle disait ah il y avait un gars à la retraite, un travailleur, une dame, une mère monoparentale, tout ça. Fac ça les gens se sont beaucoup identifiés au groupe, fac ça l'a amené une bonne clientèle. »

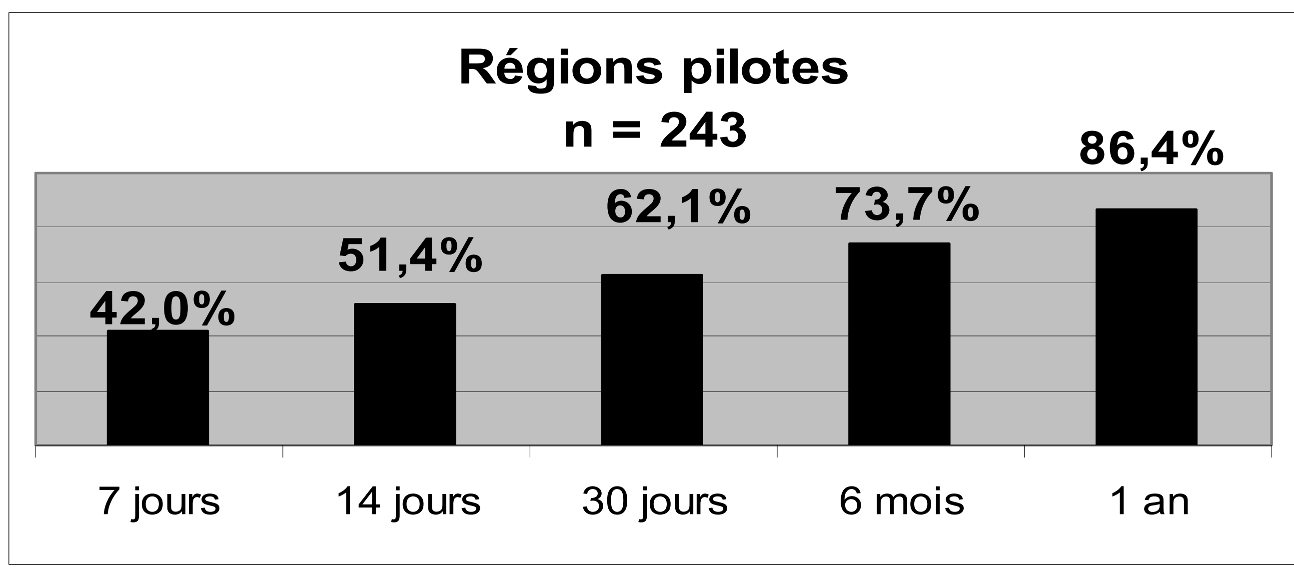
Les intervenants soulignent également que le choix du journal et l'emplacement de la publicité à l'intérieur du journal modifient le type de clientèle rejointe. De plus, il semble qu'une publicité mal ciblée amènerait beaucoup d'usagers non admissibles au programme qui doivent être orientés en deuxième ligne par la suite.

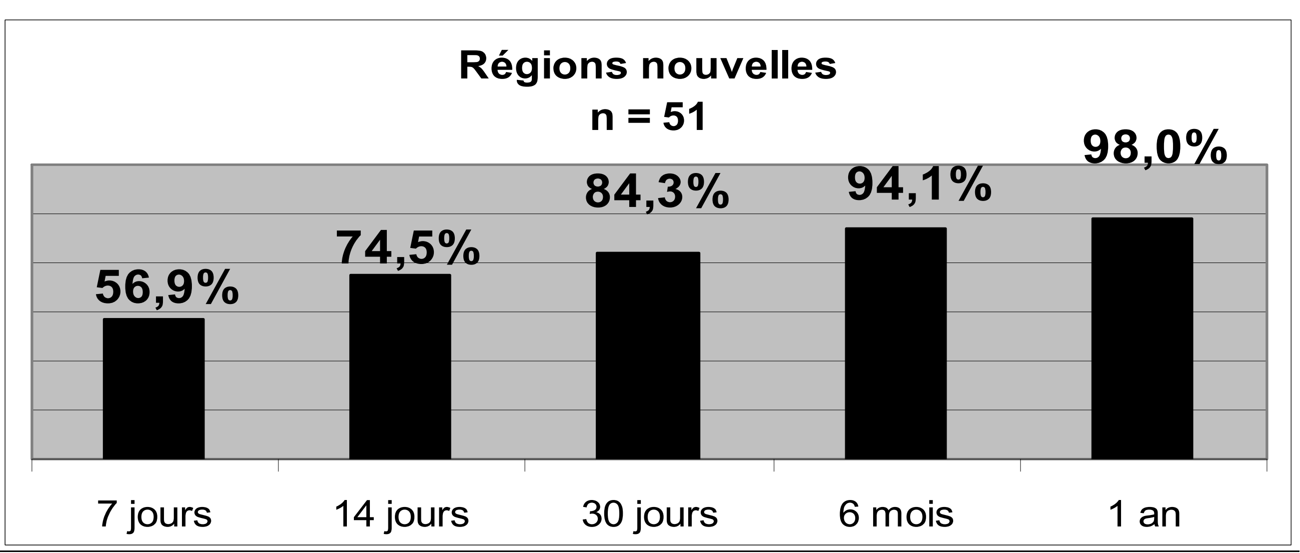
Tableau 12. Temps écoulé entre le moment où l'usager a entendu parler du programme pour la première fois et l'appel (en jours).

	Régions pilotes (n = 243)	**Régions nouvelles** (n = 51)	**Ensemble des régions** (n = 294)
Minimum	1	1	1
Maximum	4380	545	4380
Médiane	14	7	14
Moyenne	226,7***	37,3***	193,8
Écart type	538,9	96,5	496,6

*** p < 0,001

Figure 1. Pourcentage cumulatif des usagers qui ont appelé Alcochoix+ en fonction du temps dans les régions pilotes et les régions nouvelles.





« Cette session-ci, ils ont changé de place dans la Presse pour l'annoncer pis on a eu le tiers des clients qu'on a habituellement. On en avait sept chaque en individuel plutôt qu'une vingtaine, ça l'a complètement diminué. Pis ils ont déjà essayé de l'annoncer dans Voir pis là ils ont eu trois cents appels au lieu de cent pis c'était plein de toxicomanes, vraiment pas la bonne clientèle qu'ils avaient contactée. »

La publicité semble avoir un effet résiduel assez prolongé. En effet, il s'écoule, en moyenne, 193,8 jours (écart type de 496,6) entre le moment où les gens ont entendu parler du programme pour la première fois et le moment où ils ont appelé. Comme l'indique le tableau 12, il existe une différence significative entre les régions pilotes et les régions nouvelles ($t(289) = 5,1$, $p < 0,001$). Dans les régions pilotes, ce délai est beaucoup plus long, atteignant 226,7 jours en moyenne, comparé à celui des régions nouvelles où les usagers attendent en moyenne 37,3 jours. Cependant, plus de 50 % des usagers ont appelé en moins de 14 jours dans les régions pilotes et en moins de sept jours dans les régions nouvelles. Comme l'illustre la figure 1, ce pourcentage atteint 62,1 % dans les régions pilotes et 84,3 % dans les régions nouvelles 30 jours après le moment où ils ont appris l'existence du programme.

3.3 Objectif 3. Vérifier si le programme est intégré au réseau de soins et de services sociaux du Québec

3.3.1 Comment l'arrimage entre les services de première et de deuxième ligne s'effectue-t-il tant au niveau de l'orientation des usagers que du soutien offert par la deuxième ligne ?

Cette section concerne l'intégration du programme Alcochoix+ au réseau de soins et de services sociaux du Québec en lien avec la réorganisation des services du programme dépendances. Les thèmes abordés sont la qualité de la collaboration entre les CSSS et les CRPAT, les procédures d'orientation et les critères d'admissibilité, le recours à la personne-ressource du CRPAT, le rôle joué par cette personne et la vision de ce que pourrait être ce rôle ainsi que les obstacles et les éléments facilitant l'arrimage entre les deux niveaux de service.

3.3.1.1 Qualité de la collaboration

La majorité des régions (5 sur 8) semblent avoir développé une bonne collaboration avec le CRPAT. Dans certains cas, cette collaboration s'est concrétisée par un rapprochement entre les individus des deux organisations parce qu'ils ont travaillé dans le même édifice, ont planifié ensemble la réorganisation des services, ont animé conjointement des formations Alcochoix+ ou étaient tous deux rassemblés à une table régionale.

« (…) très bon lien, très bon arrimage, très facile de référence de part et d'autre là parce que ça m'est arrivé aussi qu'ils me réfèrent des gens. »

« Moi aussi j'ai toujours une belle collaboration, de la disponibilité avec la personne-ressource du [CRPAT], même avec sa remplaçante j'pense que ça va très bien se passer là même pour faire des discussions cliniques. Ouais, c'est généralement bon. »

« Par rapport à la deuxième ligne, le support et l'arrimage, moi je trouve que ça va très bien. »

Dans deux régions, la collaboration est plus ou moins fonctionnelle. L'ouverture des CRPAT n'est pas remise en question, mais les contacts sont peu fréquents. Dans l'une de ces régions, les intervenants disent avoir peu consulté le CRPAT, les quelques contacts concernent surtout l'orientation des usagers.

« Par contre, ils ont été très ouverts à nous offrir du soutien, de la formation, des choses comme ça, mais c'est nous qui n'en avons pas bénéficié jusqu'à maintenant. »

Dans l'autre, une entente prise entre les intervenants des CSSS d'accepter tous les cas de la « zone grise » selon le DEBA-A/D afin d'éviter de prendre contact avec le CRPAT à chaque fois fait en sorte qu'ils ne sollicitent pas la deuxième ligne. C'est plutôt entre eux que les intervenants vont chercher l'aide dont ils ont besoin.

« Parce que pendant la sélection on fait les appels dans le même local les trois à côté donc après chaque appel si on a vraiment un questionnement, par exemple si on n'est pas sûr s'il peut être accepté dans le groupe parce que c'est un client un petit peu particulier on peut parler directement avec la personne qui est concernée. Fac c'est peut-être plus entre nous là qu'on s'entraide plutôt qu'avec l'aide du centre de réadapt. »

Finalement, dans une région nouvelle, la collaboration semble très difficile. De nombreuses frictions et une rivalité à savoir à qui revient l'expertise Alcochoix+ sont mentionnées. Ainsi, les intervenants des CSSS affirment ne pas avoir besoin du CRPAT. Ils reprochent également au CRPAT de ne considérer que la problématique toxicomanie sans travailler les problématiques associées (ex. problèmes de couple, trauma, etc.).

« (…) c'est nous autres en première ligne, on connaît notre monde pis dans le type d'organisation qu'on est. Le centre de réadapt. qui ne fait qu'une chose et qui ne veut que se consacrer à cette chose-là, qu'ils veulent pas faire de psycho en plus, je m'excuse, ils ont rien à me montrer. »

Ces derniers ajoutent avoir subi beaucoup de pression de la part du CRPAT afin de mettre en place les projets cliniques rapidement.

« (…) ils ont dit vous mettez tout de suite en place les arrimages première ligne/deuxième ligne avant le projet clinique, avant qu'on soit fusionné, avant qu'on soit installé chacun dans nos fauteuils à savoir quoi faire. Fac là même si on avait été toutes les meilleures personnes sur la terre, ça fait des feux pis ça fait des frictions pis ça fait des positions qui sont dures. »

3.3.1.2 Orientations et critères d'admissibilité

Comme rapporté dans le questionnaire de l'intervenant, la majorité des intervenants (67,5 %) a eu à réorienter au moins un usager vers un CRPAT. La plupart d'entre eux étaient satisfaits du déroulement de la réorientation (40 %). Certains intervenants (20 %) sont plutôt satisfaits, mais rapportent quelques irritants ou obstacles à propos de la procédure d'orientation tels que les délais

d'attente parfois longs (12 %) et un désaccord avec les critères d'admissibilité qu'ils jugent trop stricts (8 %). Les autres intervenants (40 %) ne se sont pas prononcés sur le sujet dont 20 % parce que c'est l'usager qui fait lui-même la démarche.

Les groupes de discussion ont permis d'approfondir ce thème. Les intervenants disent que les procédures d'orientation sont facilitées lorsque des ententes et des ponts de services sont mis en place.

> *« (…) en fait, ma collègue a pris des ententes avec trois intervenants fac peu importe qui est là moi je laisse un message, ils nous rappellent, on fait les références. En fait, c'est ça je reçois des clients, je passe la grille DEBA, si je vois que ça convient au programme Alcochoix je le garde sinon ben je le réfère directement. Pis bon je lui laisse le nom puis le client pis eux autres ils s'organisent pour expliquer comment et le temps d'attente évidemment. Pis bon on a des bons liens aussi pis par conséquent ils nous réfèrent aussi. J'ai vu une fois ou deux qu'ils m'ont dit ah ça c'est plus Alcochoix qu'est-ce que t'en penses ? J'ai dit c'est beau. Fac c'est super facilitant, ça va très bien. »*

Dans une région, le manque de coordination dans les procédures d'orientation du CSSS et du CRPAT (système informatisé pour un et non pour l'autre, archivage) a causé certains irritants aux intervenants des CSSS. Dans certains cas, ce manque de coordination a entraîné un bris dans le continuum de service, certains usagers orientés ont donc dû être évalués à nouveau.

> *« Donc même si à l'accueil il venait de tout conter son histoire, par hasard il entrait par l'accueil, qu'on détectait un problème de consommation, ils voulaient pas avoir nos papiers, ils voulaient pas savoir ce qu'il nous avait dit, fallait que la personne recommence. »*

Ces intervenants déplorent également la mise en place de procédures rigides qui a même conduit des intervenants des CRPAT à discuter d'une orientation en présence de l'usager concerné.

> *« (..) aller dans nos salles d'attente pis dire je le verrai pas cette personne-là, c'est à vous autres à le faire pis d'obstiner notre réceptionniste devant le client pour dire on les prend pas alors que notre formation est pas donnée encore pis nos services on n'a pas commencé à les donner. »*

Finalement, des intervenants d'autres régions sont parfois en désaccord avec le CRPAT sur les critères d'admission en deuxième ligne trop stricts. Certains CRPAT n'acceptent que les usagers qui cotent dans la « zone dépendance » au DEBA-A/D et refusent tous les clients dans la « zone grise ».

> *« (…) on a débordé de ça là quand on a fait un peu justement la zone grise (…) Là, nous autres on a créé comme un vide que [centre de réadaptation] dans l'fond prend plus ou répond pas, fac avec Alcochoix on essaie de répondre à cette clientèle-là pis les résultats, plus ou moins. »*

Par exemple, dans une région, les usagers qui sont en rechute sont refusés par le CRPAT, peu importe les difficultés associées, étant donné qu'ils ont déjà été capables de cesser leur consommation.

> *« Mais là on est arrivé avec une cliente, entre autres, elle avait perdu son premier enfant qui a été placé en centre jeunesse pis là elle s'est retrouvée que son chum était plus là, oui il*

était contrôlant, mais avec lui elle ne consommait pas. Il se sépare, le temps de le dire la dope, la boisson pis tout ça pis à l'accueil ils en ont connaissance et tout ça pis la réfèrent. On la prend pas, elle vient juste de recommencer pis elle a déjà été capable d'arrêter, c'est circonstanciel, c'est parce qu'elle vient de se séparer. »

Dans une autre région, il est mentionné que le chef de service qui a négocié avec le CRPAT ne connaissait pas le programme Alcochoix+, donc n'a pas bien défendu les critères d'admission en première ligne.

« Tsé on a remis par exemple ce pochette-là à notre chef de services qui va après ça lui, il a pas eu la formation, il connaît pas l'importance peut-être que justement ce soient telles clientèles exactement qui soient dans le programme pis c'est lui qui connaît moins bien le programme qui va négocier avec mettons la ressource externe de deuxième ligne. »

Il est important de noter que lors des suivis des entrevues téléphoniques effectués auprès des répondants régionaux, un répondant d'une région a mentionné qu'au cours de l'étude, un protocole concernant l'orientation a été mis en place entre le CSSS et le CRPAT (les cas zones grises sont référés à l'accueil du CRPAT où une infirmière attitrée au dossier intervient et décide d'accepter ou non l'usager en deuxième ligne).

3.3.1.3 Recours à la personne-ressource

Des 37 intervenants ayant répondu au questionnaire, 35 disent avoir eu à leur disposition une personne-ressource au CRPAT et 68,6 % y ont eu recours au moins une fois. La majorité des intervenants a consulté la deuxième ligne concernant l'orientation des usagers (13/24) et pour des discussions cliniques (12/24)[10]. Certains intervenants ont mentionné lors des groupes discussion avoir également fait appel au CRPAT pour approfondir leurs connaissances en toxicomanie (questions, formations, présentations).

« C'est ça nous autres aussi ça fonctionne bien le lien entre la deuxième ligne pis la première ligne. Moi en lien directement avec Alcochoix, moi j'ai eu en tout cas à communiquer avec eux autres, mais vraiment toujours dans des situations où on n'est pas trop sûr si c'est la première ou la deuxième ligne là. »

Les intervenants qui n'ont pas consulté expliquent qu'ils n'en ont pas senti le besoin (7/11), qu'ils ont manqué de temps (1/11), qu'ils ont plutôt consulté d'autres intervenants (1/11) ou n'ont pas précisé le motif (2/11). Les hypothèses émises par les personnes-ressources des CRPAT pour expliquer ce peu de sollicitation vont dans le même sens, ils croient donc que les intervenants Alcochoix+ n'ont pas besoin d'aide ou qu'ils consultent d'autres personnes. Un intervenant des CRPAT ajoute que ce sont les intervenants les plus expérimentés qui le consultent le plus.

« Selon mon expérience (…) ceux avec qui j'ai eu le plus de contacts c'est les plus expérimentés, peut-être qu'il y a quelque chose à réfléchir là-dessus. C'est-à-dire que les personnes qui ont le plus de souveraineté en toxico et c'est les doyens donc c'est pas

[10] Certains intervenants ont consulté pour plus d'un motif.

l'inexpérience qui fait que les téléphones sont là, c'est peut-être qu'ils poussent plus loin pis les petites colles qu'ils me posent (…) »

Les groupes discussion ont toutefois fait ressortir une certaine confusion par rapport à l'identité de la personne-ressource Alcochoix+ au CRPAT. Certains intervenants ne la connaissent pas ou réfèrent à une personne du CRPAT qui n'est pas officiellement formée au programme Alcochoix+ lorsqu'ils nomment leur personne-ressource au CRPAT. D'ailleurs, du côté des personnes-ressources des CRPAT, la majorité dit n'avoir été que peu ou pas sollicitée par les intervenants Alcochoix+.

« Pour les demandes au niveau du programme Alcochoix+ lui-même, quand on a donné les formations j'ai pas reçu tellement d'appels, je dirais j'en ai peut-être reçu trois sur deux formations, c'est très peu. »

« Moi il y a peu ou pas de demandes. Bon comme je disais la personne qui applique dans la MRC où est-ce que ça fonctionne ben elle connaît assez le programme pis je suppose qu'elle a peut-être pas besoin (…) »

Des 24 intervenants qui ont eu recours aux services de la personne-ressource en deuxième ligne, 91,7 % étaient satisfaits. Ils considèrent que la collaboration avec la personne-ressource est bonne (7/22)[11], que la réponse est adéquate et que la consultation s'est avérée concluante (8/22), et que l'intervention est efficace en termes de facilité, rapidité, disponibilité, professionnalisme, etc. (6/22). Le seul intervenant qui a affirmé ne pas avoir été satisfait explique qu'il n'avait pas été informé d'un changement au niveau des critères d'admission en deuxième ligne. Il est à noter que deux intervenants étaient plus ou moins satisfaits de leur consultation avec le CRPAT et que trois n'ont pas précisé le motif de satisfaction.

Pour ce qui est de la participation de la personne-ressource CRPAT aux rencontres régionales, un seul intervenant des CRPAT y participe régulièrement. Un intervenant d'une autre région qui participait à ces rencontres ne s'y présente plus depuis un certain temps étant donné que les intervenants des CSSS n'en sentent plus le besoin.

« Pour ce qui est ma participation, jusqu'à maintenant je me présentais moi aussi toujours à leurs réunions (…), mais la tendance ces derniers temps c'est plutôt comme on t'appellera si on a besoin de toi. Parce que dans les faits effectivement il y avait pas de questions suffisamment pertinentes pour que j'y sois sur le plan clinique là (…) »

3.3.1.4 Rôle joué et vision du rôle de la personne-ressource CRPAT

Les intervenants des CRPAT considèrent que le rôle qu'ils assument présentement se concentre essentiellement au niveau de la clarification de l'orientation des usagers : l'interprétation du DEBA-A/D, les zones grises, l'utilisation de l'approche motivationnelle, etc.

« Pour ma part, moi je dirais que c'est principalement au niveau de l'utilisation de l'outil dépistage DEBA, surtout là. Moi où on travaille on est plus interpellé, c'est-à-dire à pouvoir

[11] Un intervenant peut avoir nommé plus d'un motif de satisfaction.

savoir qui doit être orienté en première et qui doit être orienté en deuxième ligne, surtout dans la zone grise là. Moi c'est essentiellement là où j'ai été interpellé. »

Les intervenants des CRPAT croient que leur rôle pourrait être d'accompagner et de soutenir les intervenants des CSSS pour les cas plus difficiles ou qui ne répondent pas aux critères du programme Alcochoix+.

« Fac moi je pense qu'on risque d'avoir une clientèle commune aussi un moment donné fac comment on pourrait travailler ça ensemble aussi là dans ce sens-là. Autant moi j'ai des clients que j'ai en suivi peut-être aussi au début, bon malgré qu'on fait pas juste l'abstinence là, mais après ça de dire ben regarde peut-être que tu as fait un bout de chemin chez nous, peut-être faire Alcochoix, comment on pourrait, moi c'est de même que je le vois mon rôle, travailler ensemble pour cette clientèle-là. »

Les intervenants des CRPAT considèrent également qu'une collaboration aux projets cliniques, un coaching pour l'animation de groupe, le transfert des connaissances ainsi que la formation et le soutien postformation sont des rôles qu'ils pourraient éventuellement assumer.

3.3.1.5 Obstacles à l'arrimage

Les intervenants des CSSS soulèvent certains obstacles à l'arrimage tels que le contexte de réorganisation des services qui a nui au climat de collaboration, le roulement de personnel et le manque de discussion clinique.

« (…) ça va avec toute la réorganisation du réseau, l'acceptation que la porte d'entrée c'est le CSLC, ça l'a ces enjeux-là, c'est tu peux plus faire comme avant tsé on était toutes des portes d'entrée en quelque part, on a plus toutes les portes d'entrée, il y en a encore, dans la culture il y a des choses qui sont en train de se mettre en place. Donc Alcochoix, ça rentre là-dedans, fac c'est entré dans ce contexte-là pis ça, c'est une des choses que moi je trouve que ça pas été nécessairement facilitant (…) »

Dans ce contexte de réorganisation des services («mandat dépendances» CSSS), les intervenants des CSSS ne se sentent pas assez outillés et se considèrent peu formés pour faire face au «mandat dépendances».

« On porte, je pense qu'on veut le porter aussi, un mandat peut-être un peu plus large que le mandat Alcochoix et ce que la deuxième ligne disait c'est est-ce que vous pouvez aussi devenir un peu les répondants pour en ce qui à trait en matière de dépendance dans chacun de vos sites (…), mais en même temps pas trop de formation au niveau des drogues, pas trop de formation au niveau du jeu, pas trop de formation au niveau santé mentale et liens à ce niveau-là (…) »

Du côté des intervenants des CRPAT, le flou entourant leur rôle en tant que personne-ressource Alcochoix+ de deuxième ligne est souligné. De plus, certains considèrent que le fait de ne pas avoir été formés pour être formateur est aussi un obstacle.

« Un peu comme je disais tantôt, mon rôle est pas clair hein tu sais pas à quel niveau (…) »

De plus, les intervenants des CRPAT déplorent le manque d'outils d'intervention offerts en première ligne et le manque d'expertise des intervenants des CSSS nécessaires pour répondre adéquatement au «mandat dépendances». Ceci fait en sorte que les clients plus problématiques ont tendance à être orientés en deuxième ligne.

« Il manque d'alternative à la première ligne. Alcochoix c'est bien, mais je veux dire les alcools purs s'est rendu comme ça, c'est plus A — D — Jeu maintenant et de plus en plus jeunes aussi. C'est plus de polytoxicomanie qu'on a et qu'est-ce qu'on fait avec la première ligne, sont pas admissibles à Alcochoix. Donc, ça nous revient tout automatiquement en deuxième ligne, ça enlève que ça là. »

Un intervenant CRPAT considère que les intervenants des CSSS ont une mauvaise compréhension ou manquent d'information à propos de l'intégration d'Alcochoix+ à l'intérieur du continuum de services et il trouve déplaisant d'avoir à leur expliquer l'organisation du système de santé (que seuls les cas avec abus ou dépendance relèvent de la deuxième ligne) surtout qu'il considère que ce n'est pas à lui de le faire.

« Et c'est par nous dans les discussions de cas qu'on doit recadrer, je vais utiliser le mot recadrer, en tout cas on doit replacer les affaires. Ça je trouve ça plate parce que moi je vois pas mon rôle là, je vois mon rôle plus dans les discussions de cas, mais je vois pas mon rôle à préciser comment le système a fait des petites cases première et deuxième ligne. »

La difficulté à mettre en place les projets cliniques a aussi été mentionnée.

3.3.1.6 Facilitateurs et pistes de solution à l'arrimage

Les intervenants des CSSS considèrent que la présence d'une personne-ressource au CRPAT est un facilitateur à l'arrimage entre les deux organisations. La participation d'un représentant du CRPAT à la table dépendance, sa présence dans le même établissement ou un travail en duo CSSS-CRPAT pour la formation Alcochoix+ facilitent également la collaboration.

« Ben nous autres, comme je disais tout à l'heure, on fait partie du même CSSS, c'est pas divisé la deuxième de la première ligne, on a le même employeur. OK le CRPAT fait partie du CSSS, c'est une particularité de notre région, désintox fait partie du CSSS. Fac les relations, on est en partenariat tout le temps. »

« Moi, je travaille en collaboration avec cette personne-là parce qu'on forme, donc on a à travailler ensemble, on a eu à travailler, elle est plus là, elle est remplacée maintenant, mais on a eu à travailler beaucoup ensemble alors les liens se sont tissés, se sont améliorés, je te dirais, à partir de ça elle s'est jointe à l'équipe. »

Les intervenants des CSSS suggèrent d'utiliser davantage la personne-ressource du CRPAT pour des discussions cliniques ainsi que pour le transfert de connaissances, de notions en toxicomanie plutôt que de se limiter à l'orientation.

> *« (…) ce qui resterait à peaufiner ou à redévelopper c'est je veux dire utiliser plus leur expertise (…) on va lui demander de nous former plus ou de répondre à des questions plus cliniques qu'on fait face ou qu'on a de la misère. C'est ce qu'on visait, c'est ce qu'on souhaitait, mais on n'est pas encore arrivé à ça là. Mais ça s'en va vers là aussi parce que c'est pas juste au niveau de l'orientation qu'on souhaite avoir une collaboration, mais aussi au niveau clinique, au niveau de nous aider à développer plus nos savoirs pis nos compétences à ce niveau-là. »*

Il a également été suggéré que le CRPAT informatise son système d'orientation et que des corridors de services soient mis en place.

> *« Nos papiers se promènent encore dans des enveloppes, tsé s'ils étaient informatisés d'une part pis d'autre part, si on pouvait au moins faxer ça à leur secrétaire pis qu'ils pouvaient les mettre dans leurs archives à eux autres. »*

> *« (…) si mettons notre référence était plus directe ça pourrait faciliter par exemple tsé dire ben regarde au lieu de repasser par la porte générale pis avoir de l'intervention de groupe de deuxième ligne ben tout de suite notre évaluation servirait à une offre de services. »*

De leur côté, les intervenants des CRPAT considèrent que la présence d'une personne-ressource est rassurante et source de soutien pour les intervenants des CSSS et que l'arrimage est facilité par une personnalisation du partenariat (lien direct entre les intervenants). Également, il a été suggéré de faciliter l'accès au soutien offert par la personne-ressource.

> *« Je pense que les partenariats tout ça sont facilités quand les gens se connaissent, quand on est capable de mettre un visage sur ton nom, un certain lien, c'est des choses qui sont à mon avis facilitantes. »*

Des rencontres lors de tables régionales avec les intervenants des CSSS ont permis aux personnes-ressources des CRPAT de mieux connaître le programme, de susciter davantage leur motivation face au programme étant donné l'enthousiasme manifesté par les intervenants des CSSS et de briser l'isolement. Ceux qui ne participent pas à ce genre de rencontres suggèrent qu'elles soient mises en place.

> *« Moi ça [rencontres régionales] m'a apporté effectivement une meilleure connaissance du programme, l'aspect concret. Ben c'est l'fun de voir aussi la clientèle avec qui ils sont confrontés qui est souvent différente et souvent semblable à celle que moi j'ai en deuxième ligne là. Des questionnements aussi (…) ben c'est l'fun d'échanger, moi aussi je suis toute seule de mon côté d'intervenant de deuxième ligne, c'est le fun d'être en contact avec ces gens-là. »*

> *« (…) je pense d'officialiser des rencontres avec Alcochoix, je sais pas une fois par trois mois, je sais pas là. Oui qu'on se téléphone, mais en même temps qu'il y ait des rencontres, je pense que ça va amener les gens, nous aussi, à s'asseoir pis savoir qu'est-ce qu'on fait, c'est quoi le but d'Alcochoix. »*

La présence d'un coordonnateur régional qui planifie ces rencontres est aussi nommée comme un élément facilitateur. Afin de clarifier les rôles, les personnes-ressources des CRPAT considèrent que

des discussions avec les intervenants des CSSS doivent être prévues dans le but d'identifier leurs besoins et leurs attentes.

> *« Ben peut-être parce qu'à… ils semblent avoir développé là une approche, que vous les rencontrez de temps en temps et êtes prêts à discuter aussi, peut-être que c'est comme ça qu'on pourra plus clarifier le rôle éventuellement des intervenants des centres de réadapt. (…) »*

Finalement, il est proposé d'offrir des formations thématiques ou des formations continues en dépendance aux CSSS pour outiller davantage les intervenants.

> *« (…) comme dernièrement on m'a appelé, il y avait un client où le risque de sevrage était un peu problématique bon j'ai répondu pour cette personne-là. Mais donc ça serait l'fun de faire un deux heures là sur vraiment tous les risques de sevrage, etc. Ce qu'on fait à la pièce nous donne de l'information sur ce qu'on pourrait faire de façon structurée. »*

3.4 Objectif 4. Vérifier si la formation reçue facilite la compréhension et l'application du programme

Trois aspects seront traités dans cette section : la capacité des intervenants à appliquer le programme Alcochoix+ après avoir reçu la formation, la satisfaction envers la formation et les pistes de solution nommées par les participants.

3.4.1 La formation reçue permet-elle de bien appliquer le programme ?

Lorsque cette question a été posée dans les groupes de discussion, certains intervenants se sont dits prêts et suffisamment outillés pour offrir le programme tout de suite après la formation.

> *« Je suis sortie de là très équipée, j'ai pris des clients tout de suite. Je m'en souviens que la personne qui partait à la retraite disait ben on va t'en donner, mais pas autant que les autres. Finalement, j'avais pris la même quantité, j'étais assez à l'aise pour embarquer dans le programme tout de suite. »*

D'autres ont ressenti le besoin de relire le manuel et de faire l'expérience du programme Alcochoix+ afin de pouvoir bien se l'approprier et l'assimiler.

> *« Mais je pense que j'ai vraiment plus appris en le faisait, vraiment au niveau des groupes. »*

Certains intervenants ont vécu une co-animation de groupe suite à la formation avec le formateur de la région. Cette expérience leur a permis une révision complète du programme, de voir concrètement comment appliquer l'approche et la façon d'utiliser les différents outils et enfin, de s'approprier plus rapidement le programme. Pour eux, cette co-animation fut très enrichissante.

> *« (…) ce qui a été vraiment déterminant pis qui m'a permis de m'approprier tout ça pis de changer ma pratique dans Alcochoix c'est quand j'ai coanimé un groupe avec [le formateur*

de la région]. Donc, on a repassé effectivement le programme de fond en comble, mais ça été vraiment un élément déclencheur qui m'a permis là comme de finalement tout emboîter ça pis de faire en sorte bon le programme avant je l'appliquais correctement, mais je l'appliquais beaucoup plus de façon rigide. Le fait d'avoir coanimé pis de voir un petit peu l'approche utilisée pis comment utiliser les différents outils m'a amené à être un petit peu moins rigide dans mon approche pis pouvoir jouer là-dedans. »

D'autre part, certains intervenants ont rapporté que le fait d'avoir une expérience en intervention psychosociale préalable à la formation est un élément qui les a aidés à appliquer le programme.

« Mais en même temps il y a souvent des occasions où j'me disais bon heureusement que j'ai de l'expérience en intervention psychosociale parce que dans telle autre situation ça me prenait ça aussi pour intervenir avec la personne. »

De même, d'autres intervenants soulignent que le fait d'avoir suivi une formation similaire (L'Alcochoix ou P.CRA) a facilité l'assimilation de la formation au programme Alcochoix+.

« Par ailleurs, moi dans mes formations ultérieures quand ils parlent des besoins, quand ils parlent des stratégies d'apprentissage, quand ils parlent des bases idéologiques du programme, je les possédais déjà d'autre part de d'autres formations pis c'était ma façon de travailler déjà. »

Certains intervenants des CSSS et des CRPAT considèrent que les intervenants n'ont parfois pas la formation de base nécessaire (réduction des méfaits, intervention première ligne, intervention de groupe) pour être en mesure d'être bien formés et de bien appliquer le programme. Ils souhaiteraient être davantage formés sur les dépendances.

« Ça prend une certaine base, un certain minimum pour appliquer le programme Alcochoix. »

« Peut-être plus de notions au niveau de la toxico, même si on n'est pas supposé d'en donner ou d'en avoir un peu plus, je pense que ça aurait été intéressant.

Par contre, un intervenant mentionne que ses années d'expérience dans un centre de réadaptation ont fait en sorte qu'il lui était plus difficile de se limiter au programme sans dépasser le mandat de la première ligne.

« C'est plus dans l'application du programme que moi j'au eu de la misère parce que j'allais trop loin, j'étais trop dans la deuxième ligne. Tsé parce que j'étais habitué de travailler plus pointu en réadaptation fac là il fallait que je me ramène plus là dans l'approche. C'est différent entre les deux approches. »

Des intervenants d'une région, insatisfaits de la formation reçue, ont rapporté une certaine confusion par rapport aux étapes du programme, une incertitude quant à la façon d'appliquer le programme et ont remarqué que certains éléments n'avaient pas été abordés lors de la formation.

« Fac là tu dis c'est-tu comme ça qu'il faut que j'en parle avec mes clients, c'est-tu comme ça qu'il faut que ça aille, c'est comme ça pis là un moment donné, tu dis non moi j'suis perdu ça donne rien. Si tu es perdu tu leur donnes pas quelque chose, c'est zéro en partant fac tu regardes le livre. Ben voyons pourquoi il a pas dit ça pis c'est ça que ça veut dire pis là tu lis trois/quatre fois pour défaire ce que tu as entendu pis refaire comme à ta compréhension à toi. »

Dans une autre région, un intervenant qui n'a pas reçu la formation considère que le manuel est tellement complet que la formation n'est pas nécessaire pour être en mesure de bien appliquer le programme.

« J'pense qu'on n'est pas obligé d'avoir une formation en tant que telle si on lit, si on regarde le guide, on lit le livre. On y va selon nos interventions aussi par rapport à nous, ce qu'on est à l'aise. C'est un peu nous qui le colorons aussi tsé avec nos interventions là. Alors, j'pense pas qu'on est meilleur avec une formation là. »

3.4.1.1 Personne-ressource Alcochoix+

L'analyse des questionnaires de l'intervenant permet de constater que plusieurs intervenants sont confus par rapport à l'identité ou à l'existence d'une personne-ressource dans leur région. Dans les régions où un intervenant de CSSS a reçu la formation pour devenir formateur et ainsi pouvoir assumer le rôle de personne-ressource, 10 des 22 intervenants indiquent qu'il n'y a pas de personne-ressource dans leur région (voir tableau 13). De la même façon, dans les régions où il n'y a pas de formateur « officiel », 7 des 15 intervenants disent avoir accès à une personne-ressource. Il semble que certains intervenants aient identifié une personne-ressource qui ne soit pas officiellement désignée comme telle.

Tableau 13. Présence de personne-ressource Alcochoix+ dans la région

Régions	Nombre d'intervenants disant qu'une personne-ressource est disponible dans leur région	Présence d'un formateur « officiel » dans la région
À**	1/2	Non
B	2/3	**Oui**
C	4/6	Non
D	1/4	Non
E	0/4*	**Oui**
F	1/3	Non
G	2/9	**Oui**
H	6/6	**Oui**
Total	**17/37**	**4 régions**

* La personne-ressource de la région ne s'est pas identifiée en tant que personne-ressource. Lors de la présentation des résultats, cette personne a expliqué que sa compréhension de la question était de savoir si elle-même disposait d'une personne-ressource et non s'il existait une personne-ressource dans la région.
** Afin de préserver la confidentialité des résultats obtenus, les données ont été anonymisées en assignant de façon aléatoire une lettre à chacune des régions.

Des 17 intervenants qui affirment pouvoir compter sur une personne-ressource dans leur région (officiellement désignée comme telle ou non), 9 ont eu recours à leurs services. Les intervenants ont sollicité ces personnes pour des discussions cliniques ou des pistes d'intervention (4/9), pour des informations, conseils et questionnements (2/9), pour l'orientation des usagers dans les services (1/9) ou pour partager des outils de promotion (1/9). L'autre n'a pas précisé le motif de consultation. Les groupes de discussion ont permis d'entendre des exemples de ces motifs et de réaliser que seuls les intervenants de trois régions ont eu recours aux services de la personne-ressource.

« (…) quand j'ai fait appel [au formateur], c'était beaucoup plus dans le cadre des évaluations Alcochoix pour déterminer est-ce que cette personne-là cadre bien. Plus des discussions de cas afin de voir l'admissibilité des gens pis dans le cadre du groupe que je fais là maintenant en autonome pour avoir un petit peu son feedback, des trucs, des conseils, plus par rapport aux groupes. »

Dans une région, le formateur est perçu comme un excellent pédagogue et est fréquemment mis à contribution. Ce formateur ainsi que les intervenants de deux régions pilotes ont sollicité les concepteurs du programme en tant que personnes-ressources.

Les intervenants qui n'ont pas consulté la personne-ressource expliquent qu'ils n'en ont pas senti le besoin ou la pertinence. Il semble que dans certains cas, la relecture du manuel soit suffisante. De plus, certains intervenants se tournent vers d'autres intervenants ou, dans un cas, le CRPAT pour recevoir de l'aide. D'autres intervenants expliquent qu'ils ont eu peu d'occasions d'appliquer le programme, donc pas de questionnement nécessitant de faire appel au formateur.

« Ben la formatrice lié à des choses directement de la formation pas nécessairement parce que les outils qui nous ont été remis étaient très clairs. »

« Ben moi c'est parce qu'il y a seulement deux applications, deux clients que j'ai faits jusqu'à présent, dont un que j'ai pas terminé tsé fac j'ai pas eu encore assez de situations pour apporter des questionnements. »

Les 9 intervenants qui rapportent avoir eu recours aux services des personnes-ressources se disent tous satisfaits. La compétence et l'intérêt envers le programme de ces personnes sont les principales raisons qui expliquent la satisfaction des intervenants. Le fait que des discussions intéressantes aient découlé de cette sollicitation et que des situations aient pu être clarifiées sont d'autres motifs de satisfaction.

3.4.2 Quel est le niveau de satisfaction à l'égard de la formation reçue ?

Dans les groupes de discussion, les intervenants des CSSS de sept des huit régions se sont dits satisfaits de la formation Alcochoix+ qu'ils ont reçue. Les intervenants d'une seule région sont insatisfaits. Ces derniers critiquent le manque de structure dans la présentation du programme qui a entraîné des difficultés à suivre le fil de la formation et à comprendre l'organisation du manuel.

« Les informations que j'ai reçues là étaient, je dis pas qu'elles étaient pas pertinentes, elles étaient effectivement pertinentes, mais étaient très peu organisées. »

En général, les intervenants des CSSS ont particulièrement apprécié que le programme soit structuré par étapes et que le manuel et les documents fournis soient clairs et concrets.

« (…) les manuels sont tellement concrets, la phase 1, la phase 2, la phase 3. Tu prends, t'embarques dans ton cours, je le note toujours juste pour me mettre dedans pis ça aide beaucoup au niveau de l'équipement qu'on a, avec quoi qu'on reste. »

Ils apprécient également l'équilibre entre les notions théoriques et les exercices pratiques et lorsque la formation (Alcochoix+ ou DEBA-A/D) est appuyée d'exemples concrets.

« Ben moi j'en ai eu dans le DEBA [exemples concrets] parce qu'on a fait des mises en situation où on assimilait un client pis que je faisais le DEBA. Donc ça oui ç'a été vraiment une assimilation pour le DEBA. »

« (…) il y avait des exemples concrets pis on faisait comme des exercices à deux un moment donné pis ça, j'trouvais ça intéressant là. »

Ceux qui sont satisfaits de la formation soulignent que les formateurs maîtrisent bien la matière, qu'ils sont dynamiques, capables de transmettre leur passion et de motiver les intervenants envers le programme.

« Ça avait été très concret, les intervenantes ben en fait les formatrices maîtrisaient très bien la matière. »

« Moi j'avais trouvé ça très bien la formation. Elle avait le don de transmettre sa passion si tu veux, moi j'étais motivée au boute [rire] après la formation. »

La formation motivationnelle est également considérée comme un complément intéressant.

« Pis la formation motivationnelle ça j'ai trouvé ça un complément intéressant. »

Il semble que le fait d'avoir animé un groupe avant de recevoir la formation officielle Alcochoix+ ait été bénéfique pour un intervenant qui mentionne que cette expérience lui a permis de se référer à des exemples concrets lors de la formation.

« (…) j'ai donné mon premier groupe avant d'être formée. Pis heureusement je l'ai donné avec une intervenante du CLSC qui avait eu la formation genre un an avant parce qu'elle devait donner le programme donc si ça avait pas été d'elle j'aurais eu un peu plus de mal. Ce qui fait que c'était intéressant parce que quand je suis arrivée à la formation ben là j'avais des exemples concrets en tête. »

Certains intervenants auraient toutefois aimé qu'un suivi post-formation soit offert afin de pouvoir mettre en pratique le programme suite à la formation et que des mises à jour soient possibles.

« Ben il y a rien d'autre qui est donné pour se former au fil des années là. Il y a pas de mise au point, il y a pas de rafraîchissement. Et si on en donne une fois par année c'est pas conforme, si une personne donne ça une fois par année comment elle intègre ça, moi je me questionne beaucoup. »

D'autres considèrent que la formation était trop rapide, trop lourde en terme de contenu ; trop centrée sur le manuel ; trop axée sur la formule groupe alors que cette formule n'est pas offerte dans la région ou que peu de temps a été accordé à l'approche motivationnelle.

> *« (…), mais ce que je trouvais c'est qu'il y avait beaucoup de contenu cette formation-là. Pis j'pense que nous aussi on avait revu au début le DEBA alcool pis moi j'avais pas eu la formation donc ça comme pris, je pense, un avant-midi. On a passé sur ça pis après ça le reste du temps on a passé sur finalement Alcochoix. Pis je trouvais qu'il y avait beaucoup d'information. »*

Les intervenants qui avaient préalablement reçu la formation sur le DEBA-A/D ont eu une impression de longueur étant donné que la moitié de la première journée de formation a porté sur ce sujet. Ils critiquent donc le fait que le DEBA-A/D soit intégré à la formation Alcochoix+.

> *« Moi je pense que ce qui a rajouté à mon impression de longueur dans cette formation-là c'est que les grilles DEBA sont utilisées (…) depuis très longtemps et on est tous formés aux grilles DEBA et je pense qu'on avait passé la moitié d'une journée à repasser les grilles DEBA. »*

Les intervenants qui avaient déjà été formés à l'ancien programme L'Alcochoix ont noté une certaine redondance, tandis que les intervenants qui ont été formés lors du projet pilote ont souligné le manque d'exemples concrets.

> *« Donc il y a peut-être ce manque-là que moi je trouve qui pourrait être un petit peu plus développé là vraiment dans la pratique concrète, d'exercices à deux, un fait l'intervenant, un qui fait le client pour vraiment s'approprier plus la matière. »*

Deux intervenants d'une région critiquent le fait d'avoir reçu les différents volets de la formation (DEBA, Alcochoix+, approche motivationnelle) de façon séquentielle et trop éloignée dans le temps.

> *« Mais c'est ça si j'ai à faire une critique par rapport à tout ça c'est que ça été en différentes étapes. Pis par la suite l'approche motivationnelle s'est rajoutée avec Alcochoix+ donc de mon point de vue à moi c'est que ç'a été fait dans le temps de façon un peu diffuse (…) »*

Toutefois, c'est l'aspect organisationnel des formations qui a été le plus critiqué. Tous les acteurs impliqués dans l'implantation du programme Alcochoix+ (intervenants des CSSS et des CRPAT, formateurs des CSSS et des CRPAT, répondants régionaux) ont exprimé leur insatisfaction à ce niveau lors des groupes de discussion ou des entrevues téléphoniques.

Les critiques des formateurs concernent principalement le nombre et le choix des participants. D'abord, un grand nombre de participants à la formation réduit les possibilités de faire des exercices en équipe. De plus, la présence d'un trop grand nombre d'intervenants des CRPAT comparé au nombre d'intervenants des CSSS fait en sorte que les formateurs doivent augmenter le rythme de la formation afin de s'ajuster au niveau de connaissances des intervenants des CRPAT dans le domaine de la toxicomanie. Ce faisant, les intervenants des CSSS risquent d'avoir de la difficulté à suivre la formation et par la suite à appliquer le programme.

« (…) si j'ai beaucoup de gens des centres de réadaptation, j'ai de la difficulté, je vais plus vite sur des affaires pis j'avoue que ça m'agace parce que je me dis bon la personne du CSSS peut-être va avoir de la difficulté. La personne du CSSS va devoir revoir tout ce que je lui donne comme outil dans le fond parce que peut-être qu'on passe comme je dis un petit peu plus vite. »

D'ailleurs, des intervenants de CRPAT ont aussi critiqué le fait d'être présents à la même formation que les intervenants des CSSS, surtout qu'ils s'attendaient à être ceux qui formeraient ces intervenants.

« Donc on a été formé, mais en même temps on a été formé en même temps que des gens qu'on devait former. Alors, on avait trouvé ça un peu bizarre là. On avait le mandat de former des gens (…) »

Les formateurs déplorent que certaines personnes présentes à la formation ne soient pas intéressées au programme ou n'auront jamais à l'appliquer (ex. des cadres, intervenants qui occupent des postes sans lien avec la clientèle adulte).

« (…) peut-être une dizaine, mais j'avais beaucoup de cadres. Je me disais là je forme pour former des intervenants, deux/trois intervenants à l'accueil. »

Ils critiquent également le fait que certains participants n'aient pas été informés de la raison de leur présence à cette formation. Cette mauvaise planification a conduit à la présence de certains intervenants défensifs envers le programme.

« (…) moi je l'ai vu dans les formations qu'il y a des gens qui étaient là pis, tantôt ça été dit, qui savaient pas pourquoi, qui avaient aucun intérêt, que les directions n'avaient pas pris la peine de dire qu'est-ce que tu vas faire là, est-ce que tu vas le donner ou tu vas juste être là juste pour. C'était même pas aligné qui va offrir Alcochoix+, quelqu'un dans un programme dépendance, quelqu'un de l'accueil, des centres de santé. Me semble que c'est pas des combinaisons gagnantes en tout cas. »

De plus, certains participants ont appris au moment de la formation le nouveau mandat de la première ligne. Certains intervenants ont donc réagi à l'arrivée de ce mandat étant donné qu'ils sont peu outillés pour intervenir auprès de cette clientèle, ce qui était difficile à gérer pour les formateurs.

« On a affaire à des gens qui réagissent à l'arrivée d'un programme dépendance dans un centre de santé, au fait qu'on leur balance des clients via le DEBA, au fait qu'on leur balance un programme dans une journée vite fait pis organise-toi avec, au fait que tous ceux qui sont exclus du programme qu'est-ce qui vont avoir, tout ça me semble que ça pas été des conditions ben gagnantes. »

Un formateur trouve également difficiles les changements fréquents de partenaire de formation, ce qui lui demande des réajustements et plus de temps de préparation à chaque formation.

« (…) ç'a été des changements d'intervenants. Tu vois là j'en ai une de planifiée pour septembre, ça va être avec un autre intervenant encore. Ça, c'est sûr qu'un moment donné ça demande plus de temps de préparation. »

L'accessibilité de la formation est un autre aspect organisationnel fréquemment critiqué. D'abord, certains intervenants des CSSS notent la faible fréquence des formations, ce qui fait que certains intervenants ont dû attendre longtemps avant de recevoir la formation. Un intervenant affirme avoir été formé une fois déjà impliqué dans le programme, tandis qu'un autre intervenant-remplaçant n'a jamais pu être formé tout au long de son remplacement.

« Donc, j'ai pas eu la formation comme telle pis c'est parce qu'elle se donnait pas là, tsé elle s'est pas donnée souvent la formation pour les nouveaux intervenants là. Pis quand je suis arrivée c'était pour un an pis dans cette année-là elle s'est pas donnée, elle s'est donnée, je pense que je partais là, je quittais donc j'ai pas eu la formation en tant que telle. »

Deux autres intervenants affirment également ne pas avoir reçu la formation Alcochoix+. Finalement, un intervenant d'une région plus éloignée a dû aller assez loin pour être formé, la formation n'étant pas disponible dans sa région.

« On est allé aussi loin pour se faire former parce que dans le temps, pour répondre à l'automne là, ben il s'en donnait pas dans notre région avant ça fac ils ont décidé de nous envoyer très loin. »

De leur côté, les répondants régionaux soulignent aussi des problèmes associés à la planification de la formation. D'abord, ces répondants auraient éprouvé certaines difficultés à recruter le nombre minimal d'intervenants (10) pour que les formateurs se déplacent pour donner la formation.

« (…) et même présentement, il y a des CSSS qui seraient intéressés à recevoir des formations et ils ne sont pas assez pour former un groupe.

« Un moment donné j'ai eu peur de me ramasser juste avec dix intervenants à faire former pis là ben ils seraient pas venus en région. (…) Je comprends qu'il faut rentabiliser nos ressources, ça, c'est le gros bon sens qui parle, mais aussi c'est que si c'est une petite région et comme moi j'avais déjà trois CSSS qui le donnaient depuis déjà deux ans bon ben ceux qui avaient été formés il y a deux ans avaient pas besoin de l'être une autre fois fac ça diminuait ma capacité de former un groupe. »

De plus, dans le cas où il y a moins de 10 participants, les intervenants doivent joindre d'autres groupes de formation ailleurs au Québec, ce qui engendre des coûts de déplacement supplémentaires importants en plus de difficultés au niveau organisationnel pour libérer les intervenants. En ce sens, un des répondants trouve difficile de devoir dépendre d'autres régions pour les formations et souhaiterait avoir plus d'autonomie.

« (…) il y avait une formation qui se donnait début juin à Montréal, j'avais juste quatre inscriptions de rentrées pis là on m'a offert qu'ils se joignent au groupe de Montréal. J'ai dit : « écoutez, oubliez ça». C'est deux jours d'hôtel là fac ça augmente drôlement les frais de formation pour eux autres (…) »

À titre d'exemple, le manque de suivi des CSSS par rapport à la formation, comme les envois tardifs des inscriptions des intervenants, aurait conduit des formateurs à annuler et à reporter certaines formations.

> *« D'ailleurs, la formation devait se faire en juin, mais les suivis ont tellement été longs avant de venir que nos formateurs se sont désistés et se sont reportés en septembre. Je parle du suivi des CSSS, ils devaient m'envoyer leurs inscriptions et ça pris justement 2 mois et demi et il y en a que je n'ai pas eu encore la réponse (…) »*

Dans d'autres cas, les informations à propos de la formation n'auraient pas été transmises clairement aux CSSS. Par conséquent, certains gestionnaires ont choisi un peu n'importe qui pour assister à la formation.

> *« Il y a avait eu une première formation il y a un an et demi à peu près. Elle a été mal planifiée, un peu à la dernière minute, les informations n'étaient pas nécessairement transmises aux CSSS de façon claire, à qui s'adressait la formation. Donc, devant les échéanciers courts, les CSSS, les gestionnaires ont envoyé un peu n'importe qui (…) »*

Selon un répondant régional, peu d'intervenants formés seraient présentement dédiés au programme étant donné cette mauvaise planification de la formation.

> *« (…) on s'est retrouvé avec très peu d'intervenants formés qui seraient vraiment dédiés à ce programme-là. »*

Un intervenant des CSSS va également en ce sens, s'inquiétant du peu d'intervenants formés au programme afin d'assurer la relève des intervenants Alcochoix+ en cas de besoin. Selon lui, le manque d'intervenants formés met en péril la survie du programme.

> « (…) là où on est rendu dans le cheminement on va pogner un buzz si on donne pas de formation, si on forme pas. Pis si on forme pas d'autres intervenants ben c'est le programme qui va être en danger tantôt, ça va être très clair, c'est très clair. Moi je me casse une jambe demain matin, je peux pas rentrer travailler, il y en a plus de programme, il y en a plus, c'est fini. »

3.4.2.1 Pistes de solution

Quelques intervenants des CSSS suggèrent qu'il y ait davantage d'exemples concrets et d'exercices pratiques dans la formation. Ils considèrent également que les différents volets de la formation (DEBA-A/D, Alcochoix+, approche motivationnelle) devraient s'intégrer dans un tout plus solide et cohérent et que plus de temps soit accordé à l'approche motivationnelle.

> *« (…) si j'avais quelque chose à recommander sur c'est d'imbriquer pis d'offrir un tout plus solide et plus cohérent sur la formation. C'est ça pis au niveau motivationnel, pour avoir pas mal documenté un petit peu sur la question, je pense que ça serait pertinent d'upgrader un petit peu, si je peux me permettre l'anglicisme, la formation parce que je pense qu'une demie journée c'est pas suffisant pis sur le plan théorique du moins pour bien comprendre cette approche-là pis bien la mettre en pratique. »*

Afin d'éviter que le manuel ne soit vu dans son ensemble et de façon détaillée lors de la formation, un intervenant propose de le distribuer aux intervenants avant la formation.

> « *Je sais pas jusqu'à quel point ça pourrait être réalisable, mais avant d'aller à la formation je sais pas si ça pourrait être bien d'emblée que les intervenants aient déjà passé à travers le livre individuellement. Pis une fois qu'on est rendu peut-être que ce serait plus facile d'un coup qu'on parle de l'approche motivationnelle là de faire nous-mêmes des propres liens (…). Parce que le livre il est tellement clair, il est tellement précis que des fois c'est nécessaire là qu'on le voit ensemble, mais je sais pas si c'est nécessaire qu'on le voit autant en profondeur ensemble.* »

Certains intervenants suggèrent que la partie de la formation portant sur le DEBA-A/D soit séparée du reste de la formation. Un formateur conseille plutôt que le DEBA-A/D soit optionnel, que ceux qui ont déjà reçu cette formation ne soient pas obligés de se présenter à cette partie de la formation.

> *« Dans notre façon de faire peut-être qu'il y aurait moyen de faire le DEBA ailleurs de à tout simplement. Montrer aux gens, expliquer aux gens c'est quoi le DEBA pis comment ça fonctionne avant pis nous autres on aurait deux jours pour faire comme telle la formation. »*

D'autres intervenants conseillent de former séparément les intervenants des CSSS et les intervenants des CRPAT. Un intervenant propose d'abréger la formation des intervenants des CRPAT qui n'assisteraient qu'à une seule partie de la formation et d'offrir en deuxième partie des ateliers d'expérimentation du programme aux intervenants des CSSS seulement. Lors des groupes de présentation des résultats, un intervenant CSSS a mentionné qu'il trouverait dommage que les intervenants des CSSS et des CRPAT soient formés séparément. Selon lui, cette formation est une belle occasion de favoriser la collaboration entre les deux organisations.

> *« Et que le CRPAT ne soit pas à la formation, qu'on le formerait à part, ça me fait beaucoup réagir parce qu'on manque une possibilité de travail de collaboration entre une région. Alors si on choisirait ça moi je trouverais ça ben plate. »*

D'un autre côté, un intervenant CRPAT soulignait que les intervenants des CRPAT se sentent parfois obligés d'assister à la formation et y sont peu intéressés. En ce sens, il conseillait plutôt à ces intervenants de ne pas se présenter à la formation et de se référer au manuel.

> *« Dernièrement j'ai eu un téléphone d'un CRPAT de l'extérieur qui me disait est-ce qu'on est obligé d'assister à la formation et compte tenu qu'on connaît un peu ce que c'est, qu'on peut le lire, que le manuel est complet en soi, qu'on connaît bien la dépendance tout ça, et que c'est nous qui ne référons pas. Alors considérant le fait aussi que bien des personnes qui sont un peu frustrées dans les CRPAT, qui sont obligés d'y aller, j'avais comme l'opinion inverse de dire ben effectivement le manuel est complet vous pouvez vous y référer et pas être obligés d'y aller. »*

Un formateur croit qu'il est important que les intervenants sélectionnés pour assister à la formation soient intéressés au programme. Une augmentation de la fréquence des formations est aussi

suggérée, en plus de s'assurer que les nouveaux intervenants soient formés au programme et à l'approche motivationnelle le plus rapidement possible.

> *« (…) ben dans les formations s'il y en avait de façon plus régulière ça deviendrait plus facile aussi, peut-être moins de temps de préparation, plus facile à donner, c'est évident que de faire deux formations par année un moment donné ben il faut que tu te retrempes dedans avant d'y aller. »*

> *« (…) pour ma part, si j'avais une recommandation à faire, je trouve que quelqu'un qui arrive au programme Alcochoix devrait systématiquement le plus vite possible être formé, avoir une journée qui soit offerte par [le formateur] pis l'approche motivationnelle la même chose. »*

Des intervenants conseillent d'ailleurs que soit formé un minimum de deux intervenants pour chaque CLSC pour assurer la continuité du programme et éviter les vides de services. Des intervenants proposent même de décloisonner la formation afin que des intervenants d'autres programmes ou services soient aussi formés au programme. Ces intervenants pourraient alors intervenir auprès de clientèles ayant des problèmes de consommation à l'intérieur de leur suivi ou être en mesure de les orienter au programme Alcochoix+.

> *« Ben moi je dirais que même sans nécessairement être la personne répondante pour la dépendance ça pourrait aussi être utile [en parlant de formation] pour les intervenants at large là tsé. Par exemple, moi en déficience, de pouvoir avoir accès, si jamais il y avait des formations, à ces formations là tsé au niveau dépendance alcool parce qu'on en a ici dans notre caseload. »*

Finalement, étant donné que le programme Alcochoix+ fait partie d'un programme dépendance plus large qui s'insère dans une approche en réduction des méfaits, il est suggéré que les intervenants aient au préalable une formation en intervention première ligne et sur l'approche de réduction des méfaits.

> *« Fac Alcochoix il s'insère là-dedans, il s'insère dans la formation de base. Les intervenants qui donnent Alcochoix devraient au préalable avoir la formation de base en première ligne en alcoolisme et toxicomanie. »*

3.4.3 La satisfaction par rapport à la formation reçue est-elle la même chez les intervenants qui ont été formés lors du projet pilote que chez ceux qui ont été formés par les nouveaux formateurs ?

En général, la satisfaction des intervenants envers la formation est élevée, peu importe qui a donné la formation. Une seule formation présentée par de nouveaux formateurs n'a pas été satisfaisante. Cependant, il est difficile d'interpréter et de généraliser ces résultats, car seulement 11 intervenants ont commenté le travail de quatre équipes de nouveaux formateurs. En effet, sur les 27 intervenants des CSSS et les 8 intervenants des CRPAT qui ont participé aux groupes de discussion, seulement 11 ont été formés par les nouveaux formateurs. Les autres ont été formés lors du projet pilote (20), ou n'ont pas reçu la formation officielle complète Alcochoix+ (4).

Les intervenants qui n'étaient pas satisfaits de la formation conseillent d'ailleurs aux responsables de revoir la façon dont ils forment et supervisent les formateurs.

« Fac je suggérerais [aux responsables de la formation] de revoir la façon dont ils forment ces formateurs pis qu'ils les supervisent. »

Ils suggèrent également la présence d'un ou deux formateurs régionaux, ce qui simplifierait et accélérerait la formation des intervenants.

« Mettre en place un formateur ou deux formateurs par région qui se rencontreraient pis qui assumeraient la formation. La responsabilité que la formation se donne dans leur région (…) »

3.5 Objectif 5. Identifier les obstacles surmontés ou à surmonter pendant l'implantation

Dans cette section seront décrits les obstacles à l'implantation ainsi que les pistes de solution suggérées par les participants.

3.5.1 Quels sont les obstacles qui ont été rencontrés pendant l'implantation ?

Plusieurs obstacles à l'implantation ont été mentionnés par les intervenants des CSSS et des CRPAT ainsi que les répondants régionaux lors des groupes de discussion, des entretiens téléphoniques et par l'entremise des questionnaires des intervenants. Le tableau 14 présente les résultats du questionnaire distribué aux personnes qui ont assisté à la présentation des résultats préliminaires afin de prioriser les obstacles nommés. Pour chacun des obstacles, les intervenants devaient indiquer dans quelle mesure l'obstacle en question a nui à l'implantation du programme Alcochoix+ dans sa région selon cinq choix de réponse. Des scores ont été attribués à chacun des choix de réponse (pas du tout = 0, un peu = 1, moyennement = 2, beaucoup = 3, extrêmement = 4). La moyenne des scores a été calculée pour chacun des obstacles, ce qui a permis de les classer par ordre d'importance

Les trois principaux obstacles sont : les lacunes au niveau de la publicité et de la promotion, le manque de ressources financières et le roulement de personnel à tous les paliers. Les scores moyens ont également permis de comparer l'importance des obstacles entre les régions pilotes et nouvelles. Le tableau 15 fait ainsi ressortir que la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux et le manque de leadership à tous les paliers sont des obstacles à l'implantation significativement plus importants dans les régions nouvelles que dans les régions pilotes ($U(24) = -2.332$, $p < p{,}05$; $U(23) = -2{,}427$, $p < 0{,}05$). Voici la description des obstacles mentionnés présentés par ordre décroissant d'importance.

Tableau 14. Priorisation des obstacles à l'implantation du programme Alcochoix+

Obstacles	n	Fréquences					Moyennes
		Pas du tout (0)	Un peu (1)	Moyenne-ment (2)	Beaucoup (3)	Extrême-ment (4)	
Publicité/promotion	23	1	2	5	5	10	2,91
Ressources financières	25	2	2	1	15	5	2,76
Roulement du personnel	25	4	1	6	8	6	2,44
Manque de leadership	24	3	5	6	2	8	2,29
Comm./circulation de l'info	24	1	4	7	11	1	2,29
Manque de temps	24	3	1	8	10	2	2,29
Réorganisation des services	25	1	5	7	10	2	2,28
Gestion du mandat	24	1	5	7	9	2	2,25
Méconnaissance de l'existence	24	2	4	8	6	4	2,25
Réorganisation du réseau	25	4	3	5	10	3	2,20
Matériel promotionnel	25	3	7	3	6	6	2,20
Isolement des intervenants	23	3	4	7	6	3	2,09
Priorités/exigences gouv.	23	2	4	9	7	1	2,04
Méconnaissance de l'approche	22	2	6	7	5	2	1,95
Accessibilité de la formation	23	5	3	6	8	1	1,87
Faible taux d'achalandage	22	1	6	12	3	0	1,77
Désinvestissement des int.	24	5	6	11	1	1	1,46
Contexte régional	23	7	9	4	3	0	1,13
Problèmes de monitorage	17	9	6	1	0	1	0,71
Total	**25**						

3.5.1.1 Lacunes au niveau de la publicité et de la promotion

Les lacunes au niveau de la publicité et de la promotion constituent le premier obstacle à l'implantation. Un des principaux problèmes est le peu d'activités promotionnelles qui sont effectuées et qui découle du peu de temps et d'argent qui y sont investis. La diffusion de la publicité est peu fréquente et irrégulière, étant fonction des budgets disponibles. Certaines formes de promotion ou de publicités régionales ont également été critiquées (ex. une publicité Alcochoix+ sur un « buck » de bière qui a rejoint la clientèle dépendante plutôt que le public cible). Un intervenant considère que la publicité n'est pas assez attrayante. Pour un autre, la simple distribution de dépliants promotionnels n'est pas suffisante. Elle doit s'accompagner d'explications afin d'assurer une bonne compréhension du programme.

« Je suis pas un vendeur de journaux moi là, ça m'intéresse pas. Mais je veux dire comment on va aller les déposer, ça a mis ça en lumière. Tsé veut dire tu déposes de quoi, est-ce que les gens comprennent qu'est-ce qu'ils vont afficher sur leur mur ? Ça fait que là c'est plus large que juste aller lui dire regarde j'ai deux beaux grands posters, t'as un trou, met ça dessus (…) »

La difficulté à rejoindre le public cible par la promotion et la publicité est également mentionnée. De plus, la publicité ne permettrait pas à la population de bien comprendre l'approche sous-jacente au programme.

« (…) ils [les clients] m'ont dit madame si je savais qu'on pouvait contrôler pis diminuer la consommation, je savais pas, je connaissais pas ce programme-là, j'aurais eu envie et l'intérêt de m'impliquer, mais j'avais vu même avant la publicité, mais je pensais pas que c'est pour gérer, contrôler la consommation. »

Tableau 15. Importance des obstacles à l'implantation du programme Alcochoix+ en fonction des régions pilotes et nouvelles

Obstacles	**Régions pilotes**		**Régions nouvelles**		**U Mann-Whitney**	**n**
	Moyennes	Rangs moyens	Moyennes	Rangs moyens		
Publicité/promotion	2,76	11,32	3,33	13,92	-0,850	23
Ressources financières	2,61	12,44	3,14	14,43	-0,687	25
Roulement personnel	2,22	11,83	3,00	16,00	-1,313	25
Manque de leadership	1,82	10,32	3,43	17,79	**-2,427***	24
Comm./circulation de l'info	2,24	12,15	2,43	13,36	-0,407	24
Manque de temps	2,11	11,50	2,83	15,50	-1,272	24
Réorganisation des services	2,11	11,81	2,71	16,07	-1,366	25
Gestion du mandat	2,11	11,58	2,67	15,25	-1,150	24
Méconnaissance de l'existence	2,22	12,33	2,33	13,00	-0,206	24
Réorganisation du réseau	1,83	10,94	3,14	18,29	**-2,332***	25
Matériel promotionnel	2,44	14,28	1,57	9,71	-1,429	25
Isolement des intervenants	2,12	12,24	2,00	11,33	-0,288	23
Priorités/exigences gouv.	1,94	11,34	2,29	13,50	-0,736	23
Méconnaissance de l'approche	1,94	11,41	2,00	11,75	-0,114	22
Accessibilité de la formation	1,88	12,12	1,83	11,67	-0,145	23
Faible taux d'achalandage	1,63	10,38	2,17	14,50	-1,469	22
Désinvestissement des int.	1,39	11,92	1,67	14,25	-0,746	24
Contexte régional	1,12	11,97	1,17	12,08	-0,037	23
Problèmes de monitorage	0,58	9,04	1,00	8,90	-0,059	17
Moyennes générales	**1,95**		**2,35**			**25**
Total (n)	**18**		**7**			

* $p < 0,05$

Certains intervenants déplorent le fait qu'Alcochoix+ n'ait pas été intégré à la promotion des saines habitudes de vie (ex. le programme 0-5-30) et que peu de collaborations aient pu être établies avec des partenaires de promotion (ex. Nez rouge, médecins, usines, etc.).

« (…) ça, je trouve que ça été mal agencé parce que le 0-5-30 on aurait pu carrément en faire partie là tsé, ça fait partie des saines habitudes de vie que de réduire la consommation de cigarettes, pas fumer, boire, manger cinq portions de fruits et légumes pis faire trente minutes d'exercices. On aurait pu dire aussi avoir une consommation qui est en bas de 9 et en bas de 14, mais ils l'ont pas mis, ça fait pas partie. »

Au niveau national, un manque de publicité à large échelle est noté. La promotion se fait donc surtout localement et selon un répondant régional, manquerait de coordination.

« (…) au niveau provincial, on n'en entend pas parler. Qu'on pense juste à Éduc'Alcool pis la promotion qu'ils font au niveau de la consommation d'alcool. Qu'est-ce qui fait que ce programme-là est pas plus médiatisé, il est pas à la télévision ? »

« Quand tu te mets à ce que chaque groupuscule de CSSS, même si c'est un gros CSSS, fasse sa petite promotion à elle sur un programme et que chacun fait la sienne sans aucune coordination régionale, ça va avoir l'air fou. Et ça va être moins efficace parce qu'eux autres vont avoir telle lettre pour ses médecins, un autre va avoir cette petite feuille de chou à tel endroit et personne va être capable d'avoir des belles grandes affiches éventuellement dans les hebdos ou quelque chose de plus large. »

Dans une région, le temps alloué au programme Alcochoix+ a été scindé en deux mandats (intervention et promotion) confiés à des intervenants distincts. Les intervenants ayant reçu la formation Alcochoix+ sont responsables de l'intervention et d'autres intervenants sont désignés pour faire la promotion du programme. Cette division du mandat est critiquée. D'abord, cette façon de faire cause une diminution du temps disponible pour l'intervention, entraînant un risque de surcharge advenant une augmentation de l'achalandage. Ensuite, les agents de promotion trouvent difficile de bien promouvoir le programme en raison de leur manque d'expertise en communication ou leur inexpérience avec Alcochoix+. N'appliquant pas le programme, ces agents ne peuvent pas s'appuyer sur des exemples concrets afin de bien expliquer le programme.

« Ce que je trouve difficile quand on fait de la diffusion du programme ben c'est tsé quand t'as pas intervenu par rapport au programme c'est difficile d'amener des situations, d'expliquer aux clients tsé. J'suis capable d'y parler du programme, bon c'est quoi les six phases, mais j'suis pas capable d'aller dans les exemples très très très concrets. »

3.5.1.2 Manque de ressources financières

Le manque de ressources financières est considéré comme le second obstacle à l'implantation du programme Alcochoix+. Les différents acteurs impliqués dans l'implantation du programme dénoncent le peu d'investissement financier de la part du ministère de la Santé et des Services sociaux compte tenu des impacts et coûts associés à la problématique de la consommation d'alcool. Souvent, c'est un budget global alloué à un programme plus large (ex. dépendance, santé mentale) qui sert de source de financement. Ainsi, aucun budget n'est exclusivement alloué au programme et l'utilisation des ressources varie en fonction des priorités régionales.

« (…) alors, il n'y a pas de budget ciblé Alcochoix pour les CSSS, genre vous devrez l'utiliser que pour ça. Alors quand ça fait partie des budgets globaux et ça rentre dans leurs services généraux première ligne, c'est plus (…) dispersé vous savez. On va marcher plus par priorité, est-ce qu'il y a eu d'autres urgences ? »

De plus, les budgets octroyés sont souvent non récurrents. Les CSSS doivent parfois utiliser plusieurs petits budgets disparates afin d'être en mesure de libérer un intervenant pour le programme ou d'en faire la promotion.

> *« Ce qui a été pris pour me dégager c'est qu'ils ont fait une banque de toutes sortes de budgets. Il y a une personne qui partait à la préretraite, au lieu de la remplacer, ils ont pris ces heures-là fac c'est des heures qui normalement auraient dû être affectées ailleurs. »*

> *« (…) il n'y a pas de budget non plus, le budget qui sert à Alcochoix c'est le budget de santé mentale, c'est pris à même les fonds, c'est pas le budget de l'Agence, ça fait que donc la publicité on a gratté les fonds de tiroir pis on a été aidé par le département d'information là. »*

Ce manque financier serait le principal responsable du peu d'intervenants dédiés au programme (pas de poste spécifique Alcochoix+) ainsi que du manque de promotion.

> *« Bien le sous-financement a toujours nui. Tu sais on a juste 20 000 $ pour faire de la promotion régionale par année fac c'est très très maigre. On peut juste faire quelques parutions dans les journaux. Le sous-financement de la promotion ça c'est nuisible. »*

Les montants accordés à la promotion du programme sont d'ailleurs considérés comme étant modestes en comparaison à d'autres programmes tels que 0-5-30 ou les programmes sur le tabac.

> *« (…) on sent qu'il n'y a pas beaucoup de budget si on compare par exemple à d'autres programmes comme les programmes de réduction du tabac, comme les programmes de 0-5-30 par exemple. »*

Face au peu d'argent investi, l'Agence a parfois décidé de ne pas s'impliquer davantage dans le programme et certains CSSS ont choisi de ne pas ajouter d'autres tâches aux intervenants. Une stagnation au niveau de l'implantation du programme est donc observée dans certaines régions étant donné le manque de financement.

> « Mais écoutez, nous [responsables à l'Agence], on s'est engagé à ne pas mettre de pression, à diffuser le matériel, à donner la formation, mais on touchera pas davantage tant qu'il y aura pas de budget qui va venir avec ce programme-là. »

3.5.1.3 Roulement de personnel à tous les paliers

Le troisième obstacle à l'implantation le plus important est le roulement de personnel. Cette instabilité au niveau du personnel touche l'ensemble des différents paliers organisationnels ; les intervenants, les cadres (gestionnaires, chefs de service), les personnes-ressources au CRPAT, les répondants au niveau régional (Agence). Les changements de poste fréquents chez les cadres et à l'Agence nécessitent un temps d'adaptation pour les nouvelles personnes en charge d'Alcochoix+ afin qu'elles puissent prendre connaissance du programme et se l'approprier. Le leadership du programme est donc affaibli, ce qui a un impact sur les décisions qui sont prises ainsi que sur les suivis qui sont faits. Par la suite, les intervenants doivent eux aussi s'adapter aux changements d'orientation ou de gestion causés par l'arrivée de nouveaux cadres.

« *Les intervenants ont changé, les chefs de service ont changé, les grandes personnes à l'agence qui étaient porteurs de dossier ont changé. Fac ça c'est des périodes mortes ce qui fait que ça stagne, ce qui fait qu'on n'avance pas. Et là on a à se réadapter avec l'orientation pis la vision d'un autre porteur à l'agence pis ici au niveau de la dépendance.* »

En plus, les nombreux départs des cadres et des personnes-ressources ont pour conséquence l'isolement des intervenants qui se retrouvent parfois sans aucune source de soutien.

« Pis ça changeait, les noms, on changeait de nom continuellement. On n'arrivait pas à avoir une personne-ressource. Donc pour ce qui est du support pour l'implantation de mon côté ç'a été zéro. »

Le fort roulement de personnel serait aussi responsable de la confusion dans l'identification des personnes impliquées dans Alcochoix+, leur rôle et leurs responsabilités respectives.

« J'pense aussi plus on est là durant une période prolongée, plus les gens finissent par t'identifier aussi à un programme. Donc (…) quand il y a beaucoup de roulement, beaucoup de changement de personnel ben un moment donné ça sème peut-être un peu la confusion. »

Cette confusion, combinée aux retards dans les prises de décision, aurait nui à la promotion du programme au sein du réseau. Dans certains cas, l'important roulement chez les intervenants a entraîné des retards dans le traitement des demandes, en plus de nécessiter la formation de nouveaux intervenants au programme.

« Ben les obstacles au bon déroulement et l'implantation du programme, je pense que le roulement de personnel un moment donné peut être en soi un obstacle à la bonne implantation. Pis à la formation probablement aussi parce que plus il y a de roulement, plus tu formes le monde pis plus, là ben il y a une roue qui tourne. »

Des données quantitatives qui corroborent ces commentaires ont pu être recueillies au cours de l'étude. En effet, pendant la cueillette de données qui s'est échelonnée sur 9 mois, un taux de roulement de 34 % a été observé chez les intervenants qui ont participé à la recherche. Ainsi, 15,6 % des intervenants se sont absentés temporairement (congé de maladie, congé de maternité/paternité) et 18,8 % des intervenants ont quitté le programme de façon permanente suite à un changement de poste ou d'emploi. De plus, au moment de planifier l'étude (été 2007), seulement deux des huit répondants régionaux en poste correspondaient à la liste des répondants fournis par le MSSS quelques mois auparavant. Par ailleurs, lors des suivis des entrevues téléphoniques effectués auprès des répondants régionaux, un répondant a mentionné qu'il n'y avait plus d'intervenant formé au programme Alcochoix+ dans un des CSSS de sa région.

3.5.1.4 Manque de leadership dans la prise en charge du programme

Un manque de leadership est souligné, les intervenants se sentent peu soutenus et la gestion du programme est plus ou moins assumée.

« (…) pour moi il y a comme une incohérence entre le ministère a reconnu que ce programme-là devrait être implanté partout, mais en même temps il exige rien, en même temps il pousse pas, en même temps il attend hein on attend, on attend que ça lève, on attend que ça suscite, on attend que les gens soient intéressés. »

Une confusion quant aux rôles de chacun des acteurs des différents paliers organisationnels (établissement, agence, ministère) a été notée, engendrant inaction et absence de proactivité.

« Intervenant 1 : Moi j'ai l'impression qu'au-delà de ça il y a une question organisationnelle à savoir que c'est-tu aux intervenants à faire ce travail-là ou c'est aux agences à faire ce travail-là ou c'est au ministère à faire ce travail-là. Donc, je pense qu'il y en a des chefs de service actuellement qui se positionnent de cette façon-là à savoir moi, mes intervenants ils vont offrir le programme, mais je pense pas qu'ils ont à être mobilisés pour aller faire ce travail de sensibilisation.

Intervenant 2 : Donc il y a personne qui le fait

Intervenant 1 : C'est ça ».

Le manque de temps et de disponibilité (trop de dossiers) est évoqué pour expliquer la difficulté qu'ont certains cadres à coordonner le programme. Également, certains cadres n'ont pas été remplacés suite à leur départ. Le rôle plutôt effacé de l'Agence a aussi été mentionné. D'ailleurs, dans certains cas, il semble que ce soit surtout les intervenants des CSSS qui aient pris en charge le programme.

« (…) certains cadres qui ont porté le dossier étaient trop impliqués dans trop de dossiers, manque de temps et de disponibilité pour bien coordonner le dossier. »

3.5.1.5 Communication/circulation de l'information

Le discours des participants fait ressortir un manque de communication ou une mauvaise circulation de l'information entre les différents acteurs du réseau. Plusieurs intervenants n'ont pas obtenu d'information au sujet du programme depuis leur formation. Par conséquent, ils ne connaissent pas l'identité des personnes-ressources Alcochoix+ de leur région, les sources de financement du programme, l'existence du site Internet Alcochoix+, de nouveaux guides et leur gratuité. Certains ignorent même l'existence d'une formation Alcochoix+.

« (…) nous autres notre chef de service qui était là pendant la dernière année, les informations descendaient pas donc peut-être que c'est ça qui a manqué. »

« Oui, nous autres on le vend [le guide] pis c'est pour ça que j'voulais savoir si sur internet y l'avait parce que là moi j'le vends (…) »

« Moi c'est nouveau pour moi, j'étais même pas au courant qu'il y avait une formation. »

D'autres intervenants auraient aimé en savoir davantage quant aux attentes, exigences et objectifs ministériels face au programme. Ils trouvent difficile de n'avoir aucune précision quant aux

lignes d'action à prendre et quant aux critères à considérer pour évaluer la réussite de l'implantation du programme dans leur région. Le manque de lien avec l'Agence a aussi été mentionné.

« On n'est pas bien informé des objectifs à long terme ou des prochaines étapes. Donc, on fait ce qu'on peut comme on peut, on n'a pas de ligne de conduite. »

Du côté des répondants régionaux, c'est plutôt le manque de communication avec le ministère qui est évoqué. Dans une région, le répondant de l'Agence rapporte avoir été informé des consignes concernant le budget une fois qu'il fut annoncé et distribué, il ne restait donc plus de budget disponible pour Alcochoix+.

« Parce qu'on est complètement coupé de l'information du ministère. Nous on ne sait pas ce qu'ils font le ministère, ce qu'ils visent. On ne sait rien, rien. C'est comme, on appelle ça le club privé, c'est comme une coquille fermée où ils discutent la toxicomanie au ministère avec le national et nous on n'est pas au courant de rien. On n'a même pas les comptes-rendus de ça. On ne sait rien au régional de ce qu'il se passe au national. »

Note : Les chercheurs ont pu constater à plusieurs reprises le déficit d'information. Dans six des huit régions où se sont tenues les rencontres d'information pour expliquer le projet de recherche, les personnes présentes (intervenants, cadres ou répondant régional) ont profité de l'occasion pour se renseigner sur le développement du programme, sur le coût du guide des usagers, sur le matériel promotionnel à venir, etc. Quelques régions ont profité de la présence simultanée des différents acteurs régionaux pour faire un premier bilan de la situation ou tenir une réunion pour démarrer l'implantation. Dans une région, cette rencontre avec les chercheurs a permis une prise de conscience de la nécessité de sensibiliser les directeurs des CSSS au programme et de planifier une nouvelle formation dans la région.

3.5.1.6 Manque de temps des intervenants

Dans plusieurs régions, il n'y a pas de poste Alcochoix+, le programme s'avère plutôt un mandat parmi d'autres au sein d'un poste. Les intervenants des CSSS dénoncent le temps limité ou inexistant qui est spécifiquement alloué au programme Alcochoix+. Dans certains cas, les intervenants doivent travailler sur Alcochoix+ à travers d'autres tâches sur du temps normalement dédié à un autre poste.

« (…) ils nous ont demandé d'implanter le programme, mais c'est implanter le programme à travers une charge de travail. Tsé c'est pas implanter un programme dans des heures spécifiques pour ça. Fac c'est pas évident de faire ça, excusez l'expression, par temps perdu là. Mais, ça donne un peu cette image-là parce qu'il y a pas personne d'arrêtée au programme, il y a pas une structure de dire ben c'est ça le programme, c'est fait justement à travers d'autre chose. »

Parfois, un seul intervenant par CSSS est mandaté pour couvrir un territoire assez étendu, ce qui entraîne une réduction du nombre d'heures d'intervention à cause du temps de déplacement, en plus de n'avoir aucun remplaçant disponible en cas d'absence prolongée. Dans une région, la publicité a dû être limitée étant donné que les intervenants ont de la difficulté à répondre à la demande par manque de temps.

« (…) il faut pas qu'ils fassent plus de pub dans notre cas. C'est là que c'est différent de vous parce qu'en plus de nos clients réguliers, on se retrouve avec une vingtaine de clients de plus dans nos rencontres, là on n'est pas libéré pour ça, c'est en supplémentaire donc on pouvait pas plus. »

3.5.1.7 Au niveau organisationnel : Réorganisation des services en dépendances

La réorganisation des services dont l'arrivée du programme dépendance en première ligne a engendré des réactions et des questionnements de la part des intervenants. D'abord, la désignation des CSSS comme porte d'entrée en dépendance a fait réagir certains intervenants ainsi que des organismes communautaires qui offraient Alcochoix+. Dans une région, les intervenants ont subi beaucoup de pressions afin que ces changements soient instaurés rapidement. La hiérarchisation des services a également nécessité un investissement important en efforts et en temps.

« (…) l'acceptation que la porte d'entrée c'est le CLSC, ça l'a ses enjeux là, c'est tu peux plus faire comme avant tsé on était toutes des portes d'entrée en quelque part, on n'a plus toutes les portes d'entrée. Il y en a encore, dans la culture il y a des choses qui sont en train de se mettre en place. Donc Alcochoix, ça rentre là dedans, fac s'est rentré dans ce contexte-là pis ça c'est une des choses que moi je trouve que ça pas été nécessairement facilitant. »

Les intervenants commentent également la place d'Alcochoix+ au sein du programme dépendance. Certains considèrent qu'Alcochoix+ n'est qu'une des solutions possibles proposées à l'intérieur du programme dépendance et ne doit pas être traité isolément.

« Alcochoix c'est un programme dans un grand programme en dépendance, dans une grande vision dont l'approche en réduction des méfaits. Ça veut dire quoi, c'est un programme qui est dans une approche en réduction des méfaits. Il faut avoir une philosophie là-dedans, il faut savoir ce qu'on fait en première ligne en dépendance. Pis Alcochoix c'est un des programmes là-dedans, c'est pas le programme. C'est pas la solution de la première ligne en dépendance. »

D'autres intervenants s'interrogent quant à leur rôle à savoir s'ils doivent donner le programme Alcochoix+ ou plutôt faire des suivis en dépendance. D'ailleurs, certains répondants régionaux ont constaté que, devant le manque d'alternatives offertes en première ligne en dépendance, les intervenants sont confus par rapport à leur rôle et sont réticents à faire du dépistage, ne voulant pas identifier des clients problématiques sans être en mesure d'offrir un service approprié.

« (…) le problème que les gens nous disaient : « Oui, mais si je dépiste quelqu'un et qu'il ne cadre pas dans Alcochoix, mais qu'il a un problème de consommation et qu'il ne cote pas en deuxième ligne, je fais quoi avec ? ». Ils disaient : « Moi je ne me mettrai pas à dépister du monde et pas être capable de leur donner de service. » Faque dans ce sens-là ç'a été un des freins qu'on a eu à implanter le programme. »

Cette réorganisation a également nécessité un temps d'adaptation aux changements d'orientation ainsi qu'aux nouvelles mentalités de gestion tant de la part des intervenants que des

supérieurs des CSSS ou à l'Agence. Selon un intervenant, tous ces changements n'ont pas été mis en place de façon continue et coordonnée d'une région à l'autre.

« On dirait qu'on donne un morceau là, un morceau là, un morceau à la première ligne, deuxième ligne, mais tout ça s'est pas attaché, il y a pas de continuité là-dedans. On doit faire ce changement-là, on le fait, on l'applique, on lui donne si, ça, ça. C'est comme un peu éparpillé, on dirait que tout est détaché, il y a rien qui est attaché ensemble pour avoir un fil conducteur ce qui fait qu'on installe ça là un bout, on installe un autre bout là, une autre région c'est ça pis. »

3.5.1.8 Au niveau organisationnel : Gestion du mandat Alcochoix+

Alcochoix+ est généralement assumé sous forme de mandat par des intervenants qui occupent à la fois un autre poste, ce qui nécessite que ces derniers soient dégagés et remplacés pour travailler sur le programme. Certaines difficultés au niveau du remplacement des intervenants, faute de budget ou par manque de personnel, ont d'ailleurs été rapportées. Par conséquent, les usagers des autres programmes sont parfois pénalisés (utilisation des heures dédiées à l'autre poste) et dans certains cas il y a eu des vides de service pour Alcochoix+.

« Moi je suis dégagé, mais c'est pris à même un autre budget, même si je suis dégagé ça fait que je suis pas remplacé. Je suis dégagé dans ma tâche de deux jours OK, mais je suis pas remplacé deux jours. Je suis remplacé juste pour les tâches d'accueil fac si sur les deux jours que je suis dégagé j'avais une journée de suivi elle est pas remplacée. C'est-à-dire qu'en bout de ligne, c'est les suivis en santé mentale qui perdent, les personnes qui sont sur la liste (…) »

Pour certains intervenants, le temps accordé au programme fluctue en fonction de la demande et n'est donc pas fixe, ce qui nécessite beaucoup d'adaptation de la part de l'établissement.

« (…) j'ai une journée par semaine en principe de déterminer pour Alcochoix, mais qui n'est pas fixe dans le temps. Mon dieu là actuellement je pense que je ne fais pratiquement que du Alcochoix, je dois faire trois jours d'Alcochoix, mais je suis dans un pic où est-ce que j'ai beaucoup de suivis individuels, j'ai un groupe, mais il y a d'autres périodes où je peux avoir un suivi Alcochoix+. Fac c'est très variable donc au niveau organisationnel dans nos propres établissements ben ça demande une organisation, un genre d'adaptation (…) »

3.5.1.9 Méconnaissance de l'existence du programme

Selon les participants à l'étude, l'existence et la nature du programme (philosophie, durée, formules offertes, critères d'admissibilité, etc.) sont inconnues ou méconnues tant de la part de la population que des autres intervenants du réseau.

« (…) très très peu connu, autant à l'interne. Ça prend beaucoup de temps je trouve pour qu'on développe le réflexe des intervenants pour nous référer des gens, ça commence ça là. Puis à l'externe, c'est aussi très difficile que ce soit connu dans la région (…) »

3.5.1.10 Réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux

Tous les changements causés par les fusions et réorganisations au sein du réseau de la santé ont nui à l'implantation du programme d'abord en détournant les priorités, puis en augmentant le taux de roulement des dirigeants.

> *« (…) tout le brouhaha que ça provoqué les fusions pis tout ça là, disons que nos dirigeants avaient beaucoup d'autres chats à fouetter qu'Alcochoix+, donc c'était pas nécessairement une priorité comme programme. »*

> *« (…) nos gestionnaires qui changent beaucoup parce que la réforme les broie littéralement pis les fusions les broient aussi fac je veux dire ils passent, ça passe, pis là nous autres ils vont tu rester, mais il faut qu'ils soient masos pas mal pour rester actuellement dans le contexte (…) »*

3.5.1.11 Matériel promotionnel

Certains intervenants ont exprimé leur insatisfaction face à leur difficulté d'obtenir le matériel promotionnel. Dans certains cas, beaucoup d'efforts ont dû être déployés afin d'obtenir des dépliants ou des affiches Alcochoix+. Les intervenants d'une des régions soulignent le manque de collaboration du côté de l'Agence, qui n'a pas cherché à faciliter l'accès au matériel promotionnel.

> *« Même pour la semaine de la toxicomanie, il a fallu que je me batte avec l'Agence pour envoyer une affiche, une de chaque sorte et ça, avec une belle lettre disant vous pouvez télécharger si vous en voulez d'autres, mais là tsé une affiche (…) Là j'ai rappelé pis j'ai dit ben là je peux pas télécharger ça en une page (rire), mais elle m'en avait envoyé deux petites boîtes. »*

Le délai entre l'implantation du programme et l'arrivée du matériel promotionnel est également une source de frustration. Au moment des groupes de discussion (juin 2009), certains intervenants n'avaient toujours pas en leur possession les nouveaux guides du programme Alcochoix+. Dans l'attente du matériel promotionnel provincial, plusieurs régions n'ont investi aucun budget dans la publicité régionale. Par conséquent, dans certaines régions, aucune action de promotion n'a eu lieu pendant ce temps, et dans d'autres régions, les intervenants ont créé leur propre brochure maison.

> *« (…) il y avait rien de fait au niveau provincial, on l'attendait. Ça aussi c'est un autre bogue. Ils voulaient pas développer, ils voulaient pas mettre de l'argent parce que ça s'en venait, ça s'en venait, mais d'ici le temps que ça s'en venait il y a eu trois ans. Fac on en a fait une maison (…) »*

3.5.1.12 Isolement des intervenants

Certains intervenants se sentent isolés étant parfois seuls à offrir le programme au sein de leur CSSS ou de leur région, parfois éloignés géographiquement des autres. De plus, dans plusieurs régions, aucun dispositif de rencontres n'est mis en place afin d'assurer des liens entre les différents acteurs impliqués dans l'implantation du programme tant au niveau local, régional que national.

« Seules au monde. La seule chose qu'on avait c'est des gens d'autres CLSC qui nous appelaient pour savoir comment on avait implanté. »

« (…) il y a rien d'officialisé pour inciter les gens à consulter. On n'a pas ce qu'il y a, par exemple (…) à Québec, on ne fait pas de rencontres de la même manière donc s'il y a rien de structuré, les gens sont laissés à eux-mêmes. »

De plus, certains intervenants soulignent le manque de soutien de la part des cadres soient par manque d'intérêt de ces derniers ou à cause d'un roulement important (certains cadres n'ont pas été remplacés).

« (…) ma chef de programme pour Alcochoix qui est en dépendance est située à l'hôpital. Pis ça j'ai eu zéro contact avec elle, je l'ai vu une fois pis elle m'a jamais appelé pis bon quand j'essaie d'avoir des contacts j'ai pas de retour d'appel. »

3.5.1.13 Priorités et exigences gouvernementales

Les intervenants n'ont pas le sentiment que le programme Alcochoix+ fait partie des priorités malgré la décision du ministère de l'implanter à l'échelle nationale. De plus, l'importance accordée au programme dépend des gestionnaires, des cadres ou de la situation qui prévaut au sein des autres services offerts par l'établissement. Ainsi, si les cadres ou gestionnaires ne s'intéressent pas au programme ou que d'autres programmes sont en difficulté, les priorités sont détournées des programmes de prévention tels qu'Alcochoix+.

« Chez nous il y a une ouverture tout à fait très présente pour le programme, mais, c'est une parce que quand les autres services sont en manque ben c'est sûr qu'Alcochoix qui est un programme de santé publique et de prévention sera pas numéro un dans la liste de priorités. Donc, c'est les autres difficultés à répondre aux besoins en région qui font que c'est pas la priorité. »

L'insistance du gouvernement sur la rentabilité du programme est un irritant pour certains intervenants. D'abord, il est difficile de chiffrer la rentabilité d'un programme de prévention. Également, les pressions exercées par le mouvement de redditions de compte ont conduit certains intervenants à assouplir les critères d'admissibilité des usagers pour satisfaire les exigences de productivité et ont causé un désintéressement envers le programme.

« Pis ce que je trouve qui est beaucoup nuisif au niveau peut-être plus de nos patrons pis du ministère de la Santé c'est que prévention c'est dur à chiffrer. »

3.5.1.14 Méconnaissance de l'approche sous-jacente au programme

La population et plusieurs intervenants adopteraient encore aujourd'hui une vision dichotomique de la problématique de la consommation d'alcool : ou les gens considèrent qu'ils n'ont pas de problème et qu'ils sont capables de contrôler leur consommation par eux-mêmes ou ils consultent des experts comme des groupes d'entraide (ex. Alcooliques Anonymes) ou les centres de réadaptation.

« Parce qu'on entend ça depuis des milliers d'années, c'est soit qu'on a un problème pis qu'on arrête ou soit on n'arrête pas. »

« Mais le diagnostic d'alcoolisme, c'est même pas encore tous nos intervenants qui savent que c'est plus avec ça qu'on travaille. Il y a comme un énorme travail à faire avec nos propres intervenants, dans nos propres établissements. »

La population semble donc ignorer qu'il est possible de consulter pour sa consommation d'alcool sans avoir un problème de dépendance. Par conséquent, les gens n'auraient pas développé le réflexe de consulter en première ligne.

« C'est comme mal connu que ça existe de juste apprendre à contrôler finalement sa consommation d'alcool, qu'il y a une étape avant qui peut être fait. »

D'ailleurs, des clients ont confié à certains intervenants qu'ils auraient adhéré plus tôt au programme s'ils avaient mieux compris son objectif.

« (…) selon les propos de mes clients qui sont propres à eux, je les reproduis, c'est que s'ils connaissaient avant ce programme-là ils se seraient impliqués plus tôt. »

Certains intervenants auraient également une perception erronée du programme, croyant que le boire contrôlé signifie l'arrêt complet de la consommation.

Finalement, il y aurait parfois confusion au niveau de la clientèle réellement visée par le programme.

« (…) probablement qu'il y a eu confusion au niveau de la clientèle visée parce que moi je lui disais que, selon moi, Alcochoix+ c'était pas une clientèle toxicomane ou super dépendante, c'est monsieur madame tout le monde (…) »

3.5.1.15. Manque d'accessibilité de la formation

Certains intervenants et répondants régionaux ont mentionné le manque d'accessibilité comme obstacle à l'implantation. Le fait que les formateurs ne se déplacent pas en région si le nombre d'intervenants à former n'est pas suffisant rend difficile une implantation progressive du programme.

« Un moment donné j'ai eu peur de me ramasser juste avec dix intervenants à faire former pis là ben ils seraient pas venus en région. Je comprends, moi ce qu'on m'expliquait c'est que le ministère leur avait dit ben en bas de dix personnes ben vous venez pas, vous vous déplacez pas en région. Mais moi j'aurais pu être pris avec un problème du genre. »

De plus, le fait que, dans certaines régions, il n'y a qu'un seul intervenant par CSSS représente une fragilité au niveau de l'implantation, car si le seul intervenant n'est plus disponible, le programme n'est plus offert dans ce lieu jusqu'à ce qu'un autre puisse être formé pour le remplacer.

« Pis si on forme pas d'autres intervenants, ben c'est le programme qui va être en danger tantôt, ça va être très clair, c'est très clair. Moi je me casse une jambe demain matin, je peux pas rentrer travailler, il y en a plus de programme, il y en a plus, c'est fini. »

3.5.1.16 Faible taux d'achalandage

Le faible taux d'achalandage est responsable de la déception de certains intervenants face au programme et du fait que la formule de groupe ne soit pas offerte dans toutes les régions. Étant donné le peu de suivis effectués, les intervenants rapportent éprouver de la difficulté à maintenir les acquis de la formation.

« Oui, mais je suis déçue dans le fait qu'on n'a pas de clients là qui peuvent participer aux rencontres, alors c'est toujours un recommencement pour nous bon de s'asseoir, de regarder, on n'a pas de spontanéité dans les rencontres là. »

Le peu de suivis effectués sert également de justification pour ne pas former d'intervenants au programme. C'est donc un cercle vicieux qui s'enclenche puisqu'en retour, pour augmenter le nombre de participants au programme, il est nécessaire que davantage d'intervenants soient formés au programme.

« C'est toujours l'œuf ou la poule. On formera pas nécessairement l'intervenant parce que là on n'a pas assez de demandes, mais en même temps on veut plus de demandes, mais, si on a plus de demandes, ben ça nous prend aussi des intervenants. »

De plus, dans le but d'acquérir plus d'expérience, quelques intervenants ont tendance à accepter dans le programme des clients qui ne répondent pas tout à fait aux critères d'admissibilité.

« Fac c'est ça on accepte beaucoup de monde pour se faire la main aussi là avec le programme parce que si on n'a pas de clients on [rire] perd les notions tout ça. Fac oui disons qu'on est assez élastique. »

Le faible taux d'achalandage est également un irritant pour un répondant régional qui considère que, malgré le budget insuffisant alloué au programme, Alcochoix+ coûte relativement cher si le nombre de participants est pris en compte.

« Alors, on tourne autour de 223 000 $ quelque chose comme ça, puis on reçoit 400 clients, 400 appels grosso modo. Alors, ça fait cher de l'appel. »

Quelques intervenants considèrent que le programme rejoint peu de gens parce que les critères d'admission sont trop restrictifs (clientèle visée plutôt rare, clients peu intéressés par le programme étant donné qu'il mise beaucoup sur la lecture, clients qui ne croient pas en l'approche ou qui ne croient pas avoir de problèmes, etc.).

« (…) il y a des restrictions hein pour finalement au niveau des critères d'admission et en même temps quand on sait que la plupart de la clientèle maintenant alcool pur là, il y en a plus beaucoup. »

3.5.1.17 Désinvestissement des intervenants

Plusieurs éléments auraient mené à une diminution de la motivation ou une déception des intervenants face à l'implantation du programme. La pression de productivité qui découle des redditions de compte aurait particulièrement nui au climat de travail dans une région. Les intervenants nomment également leur isolement, les surcharges de travail, la faible progression du programme en dépit de nombreux efforts investis ainsi que le manque d'intérêt et de soutien des supérieurs comme des sources de découragement.

« Pis quand on est toute seule et isolée ben un moment donné on fait le minimum. »

« (…) il y a aussi la motivation d'avoir mis beaucoup d'efforts pour peu de résultats. Le fait qu'un moment donné je trouve c'est épuisant parce que ça aboutit pas. »

3.5.1.18 Contexte régional

Pour les intervenants des CSSS des quatre régions nouvelles, le contexte régional dans lequel le programme Alcochoix+ fut implanté est en soi un obstacle à l'implantation. Certains intervenants nomment la nouveauté du programme qui nécessite une période d'adaptation, tandis que d'autres considèrent que la présence de l'ancien programme dans la région est un obstacle étant donné qu'aucune nouvelle mesure d'implantation n'a été effectuée. Dans une région, l'implantation du programme a exigé la mise en place de plusieurs conditions préalables étant donné que les intervenants n'étaient pas formés au DEBA-A/D et que les services d'accueil n'étaient pas centralisés.

« Il y avait plein de choses à faire préalablement avant d'en arriver à diriger une demande pour Alcochoix qui était plus difficile. »

De plus, certains intervenants ont souligné des problèmes de confidentialité dans les milieux ruraux qui pourraient expliquer le faible volume des demandes. Les gens de ces régions auraient moins tendance à consulter pour leurs problèmes de consommation de peur de rencontrer des connaissances dans les salles d'attente des CLSC.

« (…) il y a tout un aspect de confidentialité en milieu rural, qui ne se présente certainement pas dans une grande ville comme Montréal. Mais dans nos petits villages de 1200 habitants, où l'intervenante habite 3 maisons plus loin que le client, et que tout le monde se connaît, il y a beaucoup de gens qu'on prétend qui n'ont pas fait de demandes de service à ce propos-là. »

3.5.1.19 Problèmes de monitorage avec l'ICLSC

Un répondant régional a mentionné des problèmes avec l'ICLSC, ce qui a entraîné des difficultés à assurer un monitorage adéquat du programme. D'autres ont nommé l'absence d'évaluation du programme comme obstacle à l'implantation. La direction de la santé publique apprécie moins lorsqu'un programme n'est pas appuyé par des études d'efficacité et trouve délicat d'implanter à l'échelle nationale un programme qui n'a jamais été évalué.

« Au niveau de la santé publique, le bogue c'est qu'on veut implanter partout un programme ou une intervention qui n'a pas vraiment été évalué, c'est ennuyeux. »

3.5.2 Quelles ont été les solutions apportées ? Quels éléments ont facilité l'implantation ?

Dans cette section, les pistes de solution et les facilitateurs à l'implantation seront traités simultanément, car, dans les régions où un élément facilitateur était nommé, cet élément était souvent considéré comme une piste de solution dans les régions où il n'avait pas été mis en place. Contrairement aux obstacles, il n'est pas possible de placer en ordre d'importance les facilitateurs à l'implantation qui ont été nommés par les participants au cours de l'étude.

Il est toutefois possible de mentionner que la coordination, le marketing, le financement, la connaissance et la sensibilisation au programme ainsi que l'intégration du programme Alcochoix+ à l'offre de services du programme dépendance sont les éléments facilitateurs les plus fréquemment mentionnés dans les groupes de discussion, les entrevues téléphoniques et les questionnaires des intervenants. Il est également à noter que plusieurs pistes de solution sont les images miroirs des obstacles, par exemple, si le manque de publicité est cité comme un obstacle, l'augmentation de publicité est nommée comme piste de solution.

3.5.2.1 Coordination

L'implication massive, la croyance au programme, l'ouverture et le dynamisme de tous les acteurs (intervenants Alcochoix+, autres intervenants de l'établissement pour l'orientation, intervenants des CRPAT, gestionnaires, cadres, responsables à l'agence ou à la santé publique, RISQ) au moment de l'implantation sont considérés comme importants. Il semble nécessaire d'assurer la prise en charge et le leadership du programme à tous les niveaux (Ministère, Agence, CSSS).

> *« Ben pour ma part, localement je pense que c'est l'ouverture de nos gestionnaires, de nos équipes, je pense, qui est en soi un facilitateur majeur pour qu'on puisse mettre ce programme-là en place. L'ouverture à nous libérer pour les rencontres régionales (…) »*

Les tables régionales ou autres rencontres (ex. comité national, table dépendance régionale ; rencontres annuelles des formateurs régionaux, forum des directeurs généraux) auraient plusieurs avantages tels que : briser l'isolement des intervenants des CSSS et des personnes-ressources des CRPAT; faciliter l'intégration des nouveaux intervenants ; être informé des mises à jour relatives au programme ; exposer des questions et préoccupations pour y réfléchir en groupe ; trouver des solutions qui améliorent l'implantation du programme et la promotion ; assurer la qualité des interventions par des discussions cliniques ; augmenter la motivation, l'intérêt et l'implication des intervenants qui se sentent ainsi plus concernés; surpasser les difficultés vécues au cours de l'implantation (ex. fusions, vision de non-rentabilité des gestionnaires des CSSS) ; faire connaître davantage le programme par la présence d'un intervenant Alcochoix+ sur la table dépendance régionale ;); faciliter l'arrimage entre la première et la deuxième ligne ; assurer une concertation avec les CSSS par la présence de répondants régionaux au forum des directeurs généraux.

> *« Ben je trouve que c'est essentiel de s'asseoir pis de faire le point où est-ce qu'on est rendu tant sur nos actions plus régionales que chacun dans nos installations. Ça brise un peu l'isolement dans lequel on a tendance à se retrouver là. Je pense qu'effectivement ça joue*

beaucoup sur la motivation pis sur l'implication au niveau du programme quand on repart dans nos propres sites. »

3.5.2.2 Marketing (Publicité et promotion)

Plusieurs éléments permettant d'améliorer la promotion du programme ont été mentionnés tels que : assurer une plus grande visibilité médiatique par la promotion nationale et régionale en continu ; présenter le programme sous l'angle de la prévention ; l'intégrer aux programmes de saines habitudes de vie (ex. : 0-5-30) ; recourir à des agents de promotion, à des experts en marketing ou en communication et élaborer un plan de promotion ciblé; diffuser davantage les directives de consommation à faible risque de l'Organisation mondiale de la Santé ; assurer une meilleure compréhension de la clientèle visée par le programme ; fournir du matériel promotionnel plus attrayant et plus frappant (Ex. : alcool au volant) ; sensibiliser au programme les partenaires du milieu (juges, avocats, autres intervenants du CSSS, organismes communautaires ciblés) ; sensibiliser les milieux de travail ; instaurer une ligne nationale ; faire du repérage à large échelle.

« Moi je me dis si au niveau provincial, ça, ça nous aiderait beaucoup je pense, ça aiderait toutes les régions (…) à partir des agences ou à partir du ministère ou à partir du groupe de recherche qu'il y ait une publicité provinciale. Mais, c'est une notion d'espoir qui existe, mais, pas une fois par année, c'est continu (…) »

« Mais est-ce que ça aurait été plus profitable que quelqu'un fasse de la promotion, qui se propose de faire un atelier de sensibilisation dans les usines, dans des places où cette clientèle peut se retrouver plus pis faire vraiment quelque chose de plus punché (…) »

« (…) c'est qu'on avait de la difficulté à bien faire notre promotion c'est pour ça qu'on a eu du support de l'agence aussi, d'une agence de promotion qui était en soi une méchante plus-value je pense dans les dernières années là pour nous aider à nous enligner sur le plan de la promotion. »

Lors des suivis des entrevues téléphoniques, le répondant régional d'une région a mentionné la mise sur pied, au cours de l'étude, d'un comité de promotion régional dans lequel participent l'Agence et des responsables des communications.

3.5.2.3 Financement

Malgré que les différents acteurs impliqués dans l'implantation du programme s'entendent pour dénoncer le sous-financement du programme, ils apprécient l'aide financière qu'ils ont reçue.

« Autre chose qui serait peut être intéressant de mentionner c'est qu'après la formation, quand il a été question de déployer le programme Alcochoix+ dans les CSSS, l'Agence a versé des sommes aux CSSS pour favoriser l'implantation du programme. Ça, c'est des sommes qui sont récurrentes. C'est pas un intervenant à temps complet, mais bon quand même un peu de soutien financier. »

Selon plusieurs participants à l'étude, un budget récurrent et exclusif à Alcochoix+ devrait être investi dans le programme, tant pour sa promotion que pour libérer les intervenants pour un temps prédéterminé ou créer des postes.

> *« Nous, c'est sûr que nos services de première ligne vont passer par Alcochoix+ au niveau de l'intervention précoce, ça va être vraiment Alcochoix+, mais on va avoir besoin d'un financement solide pour pouvoir assurer ça. »*

Les répondants régionaux ajoutent que l'allocation de budget spécifique au programme est un élément facilitant parce qu'en plus de s'assurer que l'argent est investi dans Alcochoix+ et non pas dans d'autres programmes, il permet à l'Agence d'avoir un certain contrôle sur les CSSS qui seront alors dans l'obligation de dédier au programme au minimum un intervenant.

> *« Et aussi il faut dire qu'il y a de l'argent, alors s'il y a de l'argent « tagué » Alcochoix, il faut qu'il y ait quelqu'un. Ça aide ça parce que quand tu n'as pas d'argent de nulle part et c'est toi qui décides, peut-être que le Alcochoix peut passer en dessous du tapis. »*

3.5.2.4 Connaissance du programme/sensibilisation

Une meilleure connaissance du programme et des critères d'admission chez les autres intervenants et dans la communauté devra être assurée afin d'augmenter le nombre d'orientations au programme.

> *« (…) le gros de notre promotion c'est de former nos intervenants et que ça, ça existe et ça sera les intervenants de l'accueil, de la salle d'urgence, des groupes communautaires qu'ils nous envoient du monde, que nous autres passer du temps à faire de la promotion. »*

Certains intervenants et répondants régionaux ont nommé l'importance de sensibiliser la population générale quant à l'impact de la consommation sur la qualité de vie dans le but d'augmenter l'achalandage.

> *« C'est un peu comme au niveau du poids, quelqu'un qui va connaître plus son indice de masse corporelle, par exemple, va prendre conscience pis là va commencer à se remettre en question, bon ces choses-là. Fac c'est sûr qu'en faisant connaître aux gens l'impact sur leur vie de cette consommation-là qui est à risque, on augmenterait peut-être la motivation. »*

Finalement, une meilleure connaissance du programme et une sensibilisation chez les gestionnaires et la direction sont nécessaires pour une plus grande ouverture et plus de soutien envers les intervenants.

> « Au niveau des gestionnaires, il y a un besoin d'être accompagné et de mieux comprendre le programme, alors je te dirais qu'il y a des actions à se poser dans ce sens-là. »

3.5.2.5 Intégration du programme Alcochoix+ au programme dépendance et formation DEBA Alcool-Drogues

L'intégration du programme Alcochoix+ à l'offre de services du programme dépendance est mentionnée comme un élément qui serait facilitateur. Plusieurs avantages de cette intégration sont nommés : donner une place officielle à Alcochoix+ au sein des services ; briser l'isolement des intervenants ; prévenir les surcharges de travail par la création d'équipes d'intervenants ; favoriser une meilleure connaissance du programme par la population et les intervenants ; assurer l'allocation d'un budget et une diffusion du programme à plus large échelle ; clarifier la trajectoire de services ainsi que les rôles et responsabilités de chacun et par conséquent, faciliter l'arrimage entre les différents services (dont la première et la deuxième ligne).

> *« Un facilitateur à venir en fait ça va être l'instauration des projets cliniques dépendance dans les différents CSSS parce que le programme Alcochoix un moment donné tu as les services généraux, la santé publique pis là un moment donné on va organiser un programme de service dépendance. Pis un moment donné les budgets vont suivre, peut-être qu'on va diffuser un peu notre offre de service, on va l'élargir. Dans le fond je pense que de lui donner corps dans une structure, dans une trajectoire de services, d'une organisation, je pense que ça va aider à ce que le programme ait une place officielle justement pour qu'on le reconnaisse peut-être davantage que ce qu'on a vu jusqu'à maintenant. »*

La formation de tous les intervenants du réseau à l'outil de dépistage DEBA-A/D est également perçue comme facilitante, en permettant d'alléger la tâche des intervenants Alcochoix+ et de faciliter la détection.

> *« Quelqu'un qui est en train d'accoucher pis elle a des problèmes de dépendance importants, je veux dire elle est en train d'accoucher, elle est à l'hôpital, il y a des travailleurs sociaux en santé physique, des choses comme ça, c'est pas nécessairement à moi à partir pis aller la voir. Il y a déjà des intervenants là, c'est pour ça qu'on a formé l'équivalent de 80 postes pour que les gens puissent dépister, remplir les grilles pis faire un minimum d'intervention de première ligne pis avoir un esprit aussi. »*

Finalement, le fait que la porte d'entrée pour les services soit en première ligne serait moins stigmatisant pour les usagers.

> *« (…) la porte d'entrée de la première ligne est peut-être moins, au début en tout cas, ça se prend mieux peut-être d'aller consulter dans un CSSS sous une forme générale que de venir cogner au centre [de réadaptation] (…) »*

3.5.2.6 Soutien entre intervenants Alcochoix+ et recours à la personne-ressource

Le soutien obtenu de la part des autres intervenants formés au programme est un élément facilitateur mentionné par les intervenants. La collaboration et les contacts entre intervenants permettent à chacun de se ressourcer et favorisent les échanges en cas de doutes.

« Je pense que la communication qu'on peut avoir ensemble un moment donné on jase, je me dis moi c'est très ressourçant. C'est ressourçant ça d'entendre les autres, automatiquement on se sert de ça aussi. »

L'implication d'une personne-ressource est également considérée comme importante, assurant un soutien et la mobilisation des intervenants.

« Moi je pense personnellement qu'un rôle important dans l'implantation ici (…) a eu [la formatrice] qui, depuis 2004 comme elle dit, s'est bien démarquée pis a tenu le souffle ici dans notre équipe, mobiliser les gens pis c'est elle qui serre le cordon de ce programme-là parce que les gestionnaires oui sont impliqués, mais le gros du travail en première ligne c'est elle qui l'a fait pis moi, personnellement, je l'apprécie beaucoup. »

3.5.2.7 Existence de l'ancien programme ou nouveauté

La nouveauté du programme peut faciliter l'intégration en contexte de restructuration des services, car le programme est intégré au processus de changement. D'un autre côté, l'existence de l'ancien programme peut faciliter l'intégration, car la culture de l'établissement est déjà imprégnée de la philosophie du boire contrôlé.

« Pis je sais que dans notre CLSC c'est comme le programme Alcochoix, les intervenants en parlent pas nécessairement tant que ça, mais ils savent qu'il y a ça qui se donne chez nous parce que ça fait plusieurs années là, que les infirmières auparavant le donnaient fac c'est ça. C'est ça, c'est bien implanté pis autant dans la culture de l'établissement aussi je pense. »

3.5.2.8 Implantation ou formation simultanée à l'échelle régionale

Le fait que tous les intervenants de la région aient été formés en même temps au programme ou que tous les CLSC d'une région aient implanté le programme simultanément a permis de favoriser les premiers échanges et une compréhension commune du projet d'implantation, en plus d'apporter un soutien et des points de référence.

« Que toutes les personnes concernées aient eu cette même formation dans un même temps, je pense, que ça a favorisé les premiers échanges et une compréhension commune de ce projet-là. Ça va faire ses petits dans le sens où, c'est sûr que quand la table des intervenants pivots va être bien implantée, c'est des discussions qui vont pouvoir se poursuivre. Donc la formation, c'est sûr que ça été bien aidant. C'est pas mal ça qu'on a entendu. »

3.5.2.9 Programme bien défini et facile à vendre

Les intervenants et les répondants régionaux considèrent que le programme Alcochoix+ est bien défini, que les documents utilisés par les intervenants et présentés aux clients sont attrayants et concrets et que le programme est facile à vendre.

« (…) il est facile à vendre ! Il est facile à vendre, l'espèce de, pas brochure, mais le cahier du participant est très attrayant, c'est bien fait, les gens voient du concret, ils n'ont pas besoin de se développer cinquante-six milles affaires, pas besoin de faire des photocopies,

tu pognes le livre sur la tablette et tu le donnes à la personne et tu démarres ton intervention. Ça, je pense que c'est un élément, du point de vue marketing, qui est correct. Ça je pense là-dessus, si on parle juste Alcochoix là, je pense que d'un point de vue marketing c'est bien. »

3.5.2.10 Gestion du temps des intervenants

Il a été suggéré que le programme soit offert en blocs (comme à Montréal) pour faciliter le remplacement des intervenants ou qu'un intervenant soit dédié entièrement au programme (titularisation du poste Alcochoix+). D'ailleurs, dans une région où il existe des postes dédiés à Alcochoix+, il semble que les intervenants se soient impliqués davantage dans le programme.

« Moi, je trouve que c'est une formule qui aide beaucoup le fait qu'on soit libéré vraiment pour ça. Parce que ma patronne, elle veut que je commence à prendre des références là à l'interne pis que j'en fasse un petit peu, mais c'est tout le temps ben on va te libérer quand tu vas avoir assez de quantité fac fais-le à peu près dans ton temps. C'est pour ça que c'est important quand tu es libéré ben moi je prends carrément un bloc. Pis c'est clair dans ma tête c'est ça vraiment un budget qui est pris d'Alcochoix, détaché du reste fac. Moi je pense tsé un temps c'est ça. »

Lors du groupe de présentation des résultats, un intervenant a proposé de jumeler Alcochoix+ au programme de cessation tabagique afin de former un seul poste où deux à trois jours sont consacrés à chacun des deux programmes.

3.5.2.11 Priorisation et exigences gouvernementales

Certains répondants régionaux considèrent que les demandes de reddition de compte par le ministère permettent d'assurer un certain contrôle sur l'utilisation du budget alloué au programme par les CSSS.

« Mais là il y a de l'argent et il va y avoir des redditions de compte qui vont être demandées. À quoi a servi l'argent qu'on vous a donné ? Alors, il y a un petit contrôle, les gens sont un petit peu obligés (…) »

L'obligation d'implanter le programme Alcochoix+, imposée par le MSSS, ainsi que la priorisation du programme à tous les niveaux (national, régional, local) sont considérées comme des éléments importants.

3.5.2.12 Adéquation entre le programme offert et les besoins reconnus

Quelques intervenants et un répondant régional nomment comme avantage au programme le fait qu'il réponde à des besoins qui ont été reconnus, car aucun outil d'intervention n'était auparavant disponible pour intervenir auprès de la clientèle Alcochoix+.

« J'pense au niveau de l'alcool, c'est un programme qui répond à un besoin qui n'est pas nécessairement comblé auparavant, donc je pense que c'est un élément de soulevé, qu'il répond au trou de service qui était identifié depuis une dizaine d'années. »

3.5.2.13 Centralisation des services

Certains intervenants considèrent qu'il est facilitant que les services Alcochoix+ soient centralisés et qu'un seul numéro de téléphone régional soit disponible pour les clients.

> *« Le fait que ce soit centralisé moi j'apprécie, moi je trouve ça bien. Pis qu'on puisse se référer aux gens du CLSC si nécessaire moi je trouve ça facilite les choses. Tout est central, on fait ça en même temps, le numéro de téléphone il y en a juste un. Moi je trouve ça plus pratique (…) »*

3.5.2.14 Ressources humaines

Il est suggéré qu'un minimum de deux intervenants soit formé par CSSS afin d'assurer la continuité du programme et qu'au moins un porteur de dossier par CSSS soit désigné. La stabilité du personnel, tant des intervenants que des cadres CSSS et des professionnels qui travaillent à l'Agence, est également considérée comme facilitante.

> *« Ce que j'encouragerais (…) une région qui veut implanter le programme devrait avoir minimalement deux intervenantes parce si une tombe malade pis qu'elle est pas formée ben ça va prendre encore six mois avant qu'elle soit formée, qu'elle puisse en faire, qu'elle puisse le donner, c'est pas gagnant. »*

3.5.2.15 Évaluer le programme et documenter son efficience

Certains intervenants et répondants régionaux notent l'importance de démontrer statistiquement l'efficacité du programme afin de le rendre politiquement plus attrayant. Il semble donc nécessaire de documenter son efficience en termes d'achalandage en tenant compte du budget, de la publicité et du fait qu'il s'agit d'un programme de prévention (rapport coût/bénéfice). En ce sens, le monitorage du programme doit être fait à l'aide d'outils statistiques et d'éléments obtenus dans l'ICLSC.

> *« Ça permettrait aussi peut-être de s'ajuster pis de dire ben finalement pour un programme de prévention, considérant la publicité, le montant X global et même plafond là, qu'on peut pas mettre davantage parce qu'on n'a pas le budget, ou ben c'est bien, c'est un bon rythme de croisière. »*

L'implication de la santé publique est soulignée comme un élément important pour faciliter l'implantation d'Alcochoix+. Cette implication aurait d'ailleurs permis dans une région d'assurer le monitoring du programme et des rétroactions aux intervenants et aux gestionnaires quant à l'état de la situation au fonctionnement du programme.

> *« Et il y avait bien sûr, ce qui a été extrêmement important, je pense, c'est le rôle de la santé publique, plus important à ce moment-là que présentement. Dans le sens qu'il y a eu tout de suite du monitoring, alors les gens se regardaient aller, étaient capables de savoir combien de clients ils avaient, de mettre ça en commun, de faire une rétroaction. »*

3.5.2.16 Implication d'un coordonnateur au programme

Dans une région, la présence d'un coordonnateur régional qui assume le rôle d'agent de liaison entre les CSSS et qui s'implique dans la table régionale aurait facilité l'implantation du programme, entre autres, en facilitant la circulation de l'information.

> *« Maintenant, d'autres choses aussi, il n'y a pas juste eu la table des intervenants c'est qu'il y avait quelqu'un des intervenants (…) qui est le poteau, un espèce d'agent de liaison d'une certaine manière, l'agent de regroupement de tout ce monde-là. C'est elle qui envoie les comptes-rendus, les ordres du jour, quand il y a quelque chose à faire circuler qui fait circuler l'information (…) »*

3.5.2.17 Adapter le programme au contexte local ou régional

Il semble important de prendre en considération que chaque région couvre un ensemble de localités qui ont des réalités assez variées. Par exemple, il est recommandé de ne pas implanter la formule du groupe en région, car le nombre de participants au programme n'est jamais suffisant.

> *« En même temps, le programme reste comme tel, mais il va falloir qu'il ait des couleurs locales parce que les besoins vont être différents. Avec la spécificité du programme, il pourra pas être national pis être partout pareil. »*

3.5.2.18 Former des formateurs régionaux et élargir l'accès à la formation

La présence de formateurs régionaux qui rencontreraient les responsables du programme annuellement permettrait d'assurer le maintien des compétences des intervenants, de faciliter l'accès à l'information en plus de faciliter l'accès à la formation.
Certains intervenants suggèrent d'élargir la formation afin d'y intégrer les intervenants qui travaillent dans d'autres programmes, ce qui permettrait à l'usager de maintenir le lien de confiance avec son intervenant plutôt que de le rediriger vers l'intervenant Alcochoix+.

> *« (…) même les personnes à prise en charge, les personnes qui sont en prise en charge adulte, est-ce qu'eux autres pourraient pas être formés aussi à ce programme là à l'intérieur de leur prise en charge au lieu d'aller référer l'individu à une tierce personne, donc moi. Le niveau de confiance est déjà bâti, donc ça devient un moyen d'intervention ou un programme inclus dans leur suivi (…) »*

Certains recommandent également que les intervenants Alcochoix+ reçoivent l'ensemble de la formation « dépendances ».

> *« Fac Alcochoix il s'insère là-dedans, il s'insère dans la formation de base. Les intervenants qui donnent Alcochoix devraient au préalable avoir la formation de base en première ligne en alcoolisme et toxicomanie. »*

3.5.2.19 Autres pistes de solution et éléments facilitateurs mentionnés

- La bonne collaboration entre les intervenants de la première et la deuxième ligne (arrimage) ;
- taux élevé d'achalandage au programme ;

- développer le programme auprès d'autres clientèles, telles que les communautés autochtones.

3.6 Groupes de présentation des résultats

Les groupes de présentation des résultats ont permis, en plus de discuter à nouveau certains éléments déjà mentionnés, de recueillir de nouvelles informations. D'abord, les participants affirment de façon unanime s'être reconnus dans les résultats présentés et que ces derniers reflètent bien ce qui est vécu sur le terrain. Certains participants soulignent également que les nombreux obstacles à l'implantation ressortis dans l'étude ne sont pas en lien avec le programme lui-même, mais plutôt liés à des facteurs structurels. Selon eux, Alcochoix+ est un bon programme puisqu'il est toujours appliqué malgré les nombreuses difficultés rencontrées.

Les groupes de présentation des résultats ont aussi permis de confronter des points de vue différents. Alors, que des participants ont suggéré, dans les groupes de discussion, que la formation des intervenants des CSSS et ceux des CRPAT devrait se faire séparément, d'autres considèrent plutôt que la formation simultanée des deux types d'intervenants constitue une bonne occasion de créer des liens entre les deux niveaux de services.

Un répondant régional souligne la difficulté pour l'Agence d'avoir à demander des redditions de compte aux CSSS sans qu'un financement adéquat leur soit accordé. Il devient donc ardu d'assurer un suivi sur ce qu'il se passe réellement au niveau des CSSS.

> *« Pis on joue un double rôle aussi, je vois les Agences par rapport au CSSS, dans le cadre de la reddition de compte, étant donné que c'est inscrit au programme national de la Santé publique le programme Alcochoix+, les CSSS ont une reddition de compte par rapport à ce programme-là, ils n'ont pas nécessairement l'argent qui va avec, tout le monde nous dit oui oui c'est implanté, mais en même temps on n'arrive pas à avoir l'heure juste vraiment de ce qu'il se passe sur les différents territoires (…) »*

Un répondant ajoute que la présentation des résultats de l'étude lui a fait prendre conscience qu'il n'a pas joué pleinement son rôle dans l'implantation du programme.

> *« Je me sens un peu honteuse ce matin parce que je me rends compte qu'il y a une grosse partie de mon rôle que j'ai pas joué. »*

Pour certains participants, ce projet d'évaluation d'implantation aurait été source de soutien en brisant leur isolement et en offrant un levier pour l'avancement du programme, mais aussi pour développer un continuum dans les services dépendances.

> *« Bon nous aussi on vous remercie, moi je vous remercie pour ce projet-là. Ça été soutenant pour moi de juste pouvoir rencontrer d'autres gens, d'être moins isolée pis aussi que ça fait un levier pour nous. Moi je crois beaucoup au programme pis c'est sûr que ça pousse dans le dos des gestionnaires d'avoir une recherche comme ça »*

> *« (…) de un, merci beaucoup et de deux, je trouve ça vraiment intéressant parce qu'Alcochoix c'est vraiment une opportunité en fait d'avoir un levier pour développer un réel continuum dans les services dépendances allant de la promotion à la réadaptation. On en a tellement*

peu en santé publique des leviers comme ça que, en tout cas, je vais faire ce que je peux pour le porter aussi chez nous. »

Certains participants ont émis des questionnements quant aux impacts à long terme du programme et notent l'importance de démontrer l'efficience du programme, ce qui pourrait permettre d'assurer un plus grand soutien (financement, soutien du gouvernement ou des gestionnaires) et une meilleure croyance envers le programme.

(…), mais je me questionne sur les modalités de chiffrer la rentabilité pour prouver au gouvernement que voilà ce programme-là est vraiment intéressant, on a l'intérêt, le besoin, surtout le besoin de l'élargir à notre population. »

« (…) est-ce que quelqu'un qui applique le programme, qui fait tout le programme, est-ce que ça dure après ? Fac ça ça m'aiderait à avoir encore plus de croyance dans le programme, je pense. »

Quelques intervenants se sont par ailleurs interrogés sur la notion de succès du programme, dont un intervenant qui considère que l'efficacité d'Alcochoix+ doit être établie en fonction du bien-être qu'il procure aux usagers et non seulement en termes de consommation.

« C'est quoi qui est un succès au niveau d'Alcochoix+? Parce que l'individu a atteint son objectif, c'est d'aller à 20 consommations, exemple, ou à 15 consommations, ou ben don c'est parce qu'un individu réussit à dealer ses émotions versus tout ce qu'il peut vivre? »

3.7 Convergence, divergence et modalisation des interrelations entre les obstacles

Dans l'ensemble, une grande convergence est observée entre les différentes sources d'information (intervenants CSSS, intervenants CRPAT, répondants régionaux) et les différentes régions. Les acteurs impliqués abordent généralement les mêmes thématiques selon un point de vue similaire. L'angle dans lequel sont abordés certains thèmes est parfois spécifique à un type d'acteur, reflétant les préoccupations et responsabilités propres à chacun. Par exemple, les répondants régionaux soulignent le manque de communication et la difficulté à faire circuler l'information au niveau national tandis que les intervenants des CSSS notent la présence de cet obstacle plutôt au niveau local ou régional (Agence ou cadres des CSSS).

Une complémentarité est également observée dans les propos tenus par chacun des acteurs, offrant une meilleure compréhension des différentes difficultés vécues au cours de l'implantation du programme. Par exemple, en ce qui concerne l'arrimage, les intervenants des CRPAT disent être peu sollicités tandis que certains intervenants des CSSS ne connaissent pas l'identité de leur personne-ressource Alcochoix+. D'autres exemples concernent la formation Alcochoix+. Lors des groupes discussion, les intervenants des CSSS ont dénoncé le peu de formation offerte dans leur région. Ce n'est qu'à l'aide des entrevues téléphoniques effectuées auprès des répondants régionaux qu'il a été possible d'expliquer ce manque de formation par des problèmes au niveau de l'accessibilité à la formation. Aussi, dans une région, le répondant régional note une difficulté à recruter un nombre suffisant d'intervenants pour participer à la formation, tandis qu'un intervenant de cette même région affirme ne pas connaître l'existence d'une telle formation.

Bref, les données recueillies vont généralement dans le même sens et sont parfois complémentaires. Cependant, quelques différences entre les sources d'information ou entre les régions pilotes et nouvelles ont été identifiées et sont exposées dans la section qui suit. Les liens observés entre les déterminants à l'implantation sont également discutés.

3.7.1 Divergences en fonction des sources d'information

Une contradiction a été identifiée entre le discours des intervenants des CSSS et celui des répondants régionaux. Un des obstacles à l'implantation mentionnés concerne les priorités et exigences gouvernementales dont l'insistance du gouvernement sur la rentabilité du programme et plus spécifiquement, les redditions de compte. Pour certains intervenants des CSSS, ces pressions auraient nui à l'implantation d'Alcochoix+ en les contraignant à assouplir les critères d'admissibilité au programme pour satisfaire les exigences de productivité et en causant un désinvestissement envers le programme. Pour les répondants régionaux, les redditions de compte seraient plutôt des éléments facilitateurs qui permettraient d'exercer un certain contrôle sur l'utilisation du budget alloué au programme par les CSSS.

Bien qu'ils décrivent la même situation, les intervenants des CSSS et la personne-ressource CRPAT d'une région adoptent une perspective différente quant à la source du problème. Les intervenants des CSSS critiquent les critères d'admissibilité trop rigides de la deuxième ligne et le fait que seuls les usagers dépendants soient acceptés. Quant à elle, la personne-ressource CRPAT affirme que les intervenants des CSSS ont tendance à orienter les usagers plus problématiques en deuxième ligne étant donné leur manque d'outils ou d'expertise pour intervenir dans le cadre de leur «mandat dépendances». Il est à noter que les deux organisations n'entretiennent que très peu de contacts et que la collaboration semble plus ou moins fonctionnelle.

3.7.2 Différences régionales

Des différences régionales ont été observées au sujet des éléments qui ont facilité l'implantation du programme. En effet, certains de ces éléments n'étaient présents que dans quelques régions. Ainsi, certains participants mentionnent qu'ils ont bénéficié de la présence de tables régionales, d'un poste avec un temps défini alloué au programme, d'un coordonnateur régional ou de l'intégration hâtive du programme Alcochoix+ au programme «dépendances». Les régions qui ont pu profiter des effets positifs de ces éléments facilitateurs sont généralement les mêmes et sont surtout des régions pilotes. D'ailleurs, les régions pilotes mentionnent un plus grand nombre d'éléments facilitateurs à l'implantation que les régions nouvelles. Ces éléments bénéfiques auraient facilité l'implantation du programme Alcochoix+ en aidant à l'arrimage entre la première et la deuxième ligne et en permettant de surmonter plusieurs obstacles à l'implantation.

3.7.3 Déterminants de l'implantation

La plupart des éléments facilitateurs et des pistes de solution à l'implantation du programme Alcochoix+ représentent les effets miroirs des obstacles. Autrement dit, l'absence ou le manque d'un élément bénéfique à l'implantation est généralement considéré comme un obstacle et la présence du même élément est nommée comme un élément facilitateur ou une piste de solution, d'où l'idée de traiter ces deux thèmes de façon intégrée.

3.7.3.1 Interrelations entre les obstacles

Lors des groupes de discussion et des entrevues téléphoniques, les participants de l'étude ont fait ressortir plusieurs liens entre les différents obstacles mentionnés, les considérant tantôt comme des causes, tantôt comme des conséquences d'autres obstacles. Ces liens sont nombreux et la séquence varie parfois d'un acteur à l'autre. Il n'est pas possible de proposer un modèle qui puisse regrouper l'ensemble de ces relations en un tout cohérent et représentatif du discours des participants à l'étude. Toutefois, certaines constantes ont été observées formant une chaîne d'obstacles initiaux, intermédiaires et finaux, telle que représentée par la figure 2.

En général, les obstacles « réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux », « roulement de personnel» et « manque de ressources financières » sont nommés comme des causes qui chapeautent différents autres obstacles. En effet, certains participants de l'étude considèrent que le manque de ressources financières est le principal responsable des lacunes au niveau de la publicité et la promotion.

« Au niveau de la promotion, je trouve qu'on a pas assez de budget pour faire une visibilité »

« Le problème majeur, moi je pense, c'est le budget qui est alloué pour l'implanter, le faire connaître, je pense que ça manque beaucoup. »

Ce manque de ressources causerait également des difficultés organisationnelles au niveau de la gestion du mandat Alcochoix+ et un manque de temps pour les intervenants, n'ayant pas le budget exclusif au programme nécessaire à la mise sur pied d'un poste Alcochoix+ avec un temps défini qui lui est spécifiquement alloué. De plus, le manque de budget ferait en sorte qu'il est difficile de remplacer les intervenants dans leurs autres fonctions afin qu'ils puissent travailler sur le programme Alcochoix+.

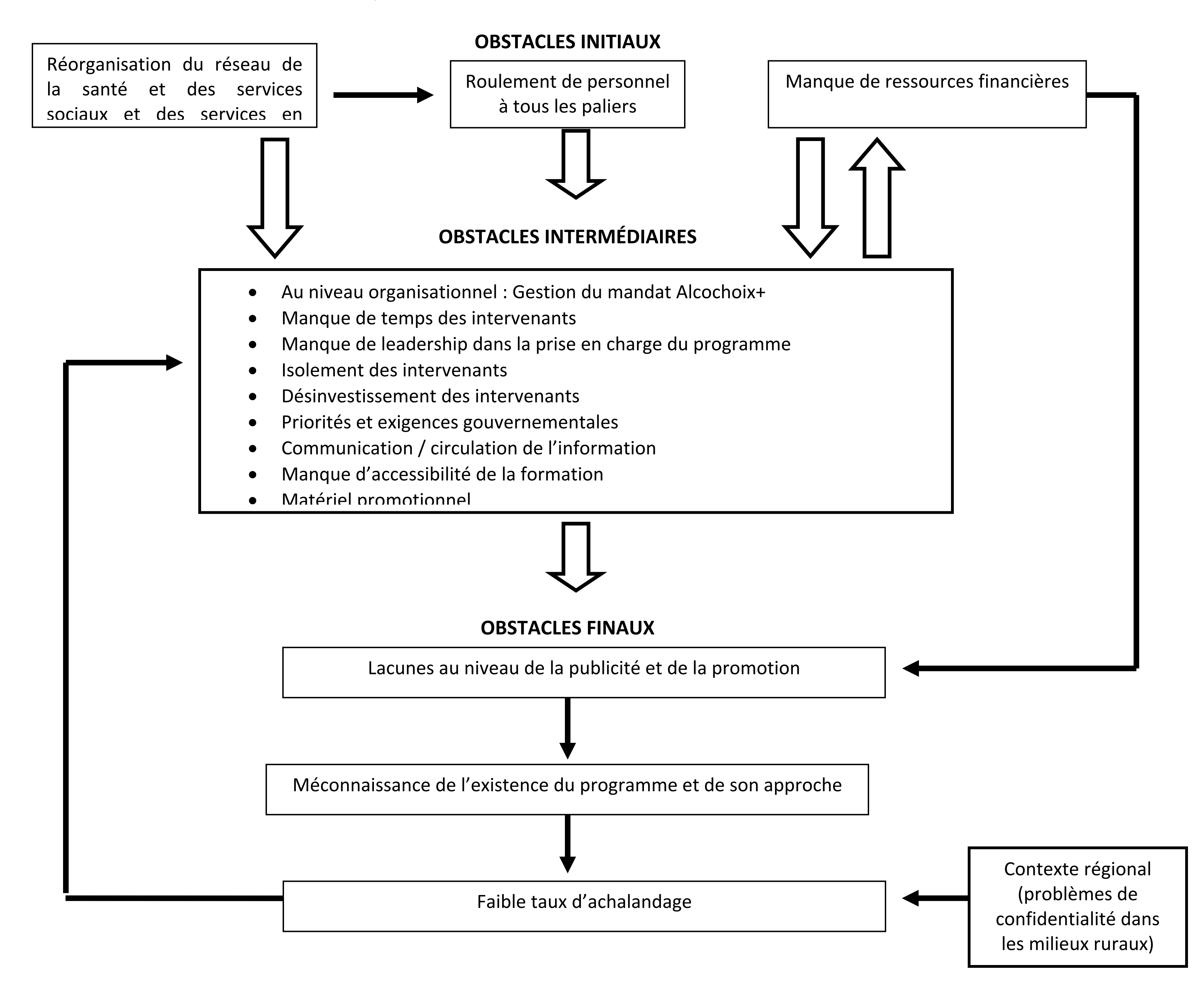
« C'est aussi des budgets qui sont non récurrents, qui sont répétitifs, mais non récurrents et c'est ce qui fait en sorte que les intervenants pivots, il n'y a pas de poste associé (…) »

« (…) on a besoin d'être dégagé pis d'être remplacé, mais bon faute de budget, faute de gens finalement on prend le temps Alcochoix sur notre temps à nous, sur le temps qui est ben à l'autre programme (…) »

Étant donné le manque de ressources, l'Agence de certaines régions aurait préféré jouer un rôle plutôt effacé dans l'implantation du programme et certains CSSS n'auraient pas voulu s'impliquer (manque de leadership dans la prise en charge du programme).

« L'autre obstacle, c'est toujours lié au financement. Si on n'ajoute pas de financement et on ajoute des tâches aux CSSS, ils vont nous dire ben écoutez on en a plein les oreilles, on n'ajoutera pas encore des choses à faire à nos intervenants »

Figure 2. Interrelations entre les obstacles à l'implantation



Le discours de certains participants indique que l'obstacle « réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux » serait, en partie, responsable du roulement de personnel. Selon eux, le départ de nombreux dirigeants au sein des Agences ou des CSSS aurait nui au leadership dans la prise en charge du programme en créant une confusion quant aux rôles et responsabilités de chacun, en causant des retards dans la prise de décisions importantes et en nécessitant de la part des nouveaux dirigeants un temps d'arrêt pour s'adapter et s'approprier le programme.

« En fait dans les obstacles c'est qu'il y a eu des changements de chaises entre autres au niveau de l'Agence, plusieurs porteurs de dossier dans les dernières années, il y a eu cinq porteurs de dossier dans les dernières années, ce qui fait qu'au niveau du leadership qu'a pu assurer l'Agence en lien avec l'implantation de ce programme-là, bon c'est sûr que ça eu un impact. »

L'isolement des intervenants découlerait également de ce roulement de personnel en conduisant à une perte de soutien et de liens.

« Intervenant 1 : Mais on est en changement de chef de service là.

Intervenant 2 : On est un petit peu laissé à nous-mêmes.

Intervenant 1 : On est un petit plus dans le vide »

La réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux et le roulement de personnel seraient également à la source du désinvestissement des intervenants (baisse de la motivation et du niveau d'engagement); des problèmes au niveau des priorités et exigences gouvernementales puisque ces changements auraient détourné du programme les dirigeants qui avaient alors d'autres priorités; du manque de temps accordé à Alcochoix+ étant donné le temps à investir dans cette réorganisation et pour s'ajuster aux nombreux changements; des difficultés au niveau de la communication et de la circulation de l'information notamment la difficulté d'effectuer des suivis à propos du programme et d'entretenir des liens avec le national; et du manque d'accessibilité à la formation qui fut exacerbé par l'obligation d'avoir à reformer de nouveaux intervenants.

« On a eu à vivre ça [roulement de personnel] beaucoup pis à se réadapter d'année en année à ça. Ça je trouve que c'est un point qui est peut-être un peu démoralisant, qui explique peut-être pourquoi on n'est pas rendu où on le souhaiterait pis qu'on n'a pas tout accompli ce qu'on souhaiterait faire non plus. »

« Tsé il y a eu toute une restructuration vraiment énorme qui fait qu'il y a eu beaucoup de réunions pour réorganiser tout ça, mais les affaires qui sont déjà implantées déjà ben OK ça OK c'est correct, ça continue, ça roule pis on veut pas en entendre parler. Tsé c'est comme il y a tellement d'autres choses urgentes à restructurer là. »

« (…) je vous surprendrai pas en vous parlant de l'instabilité du réseau. C'est un peu difficile d'avoir du suivi depuis, il y a eu pas mal de changement de personnel un peu partout dans les établissements (…) »

À l'autre extrémité de la chaîne, les obstacles « lacunes au niveau de la promotion et de la publicité », « méconnaissance du programme » et « faible taux d'achalandage » sont généralement

considérés comme des conséquences issues d’autres obstacles. Les participants de l’étude soulignent que les lacunes au niveau de la publicité et de la promotion, principalement le manque d’activités promotionnelles, sont causées en grande partie par le manque de ressources financières ainsi que le manque de temps des intervenants et les problèmes de gestion du mandat Alcochoix+.

> *« (…) mais le temps actuellement qui nous est accordé, c’est du temps pour les suivis, pour les groupes et non pas pour la promotion donc on a beaucoup d’idée de grandeur, il y a beaucoup de choses qu’on voudrait faire, mais c’est un peu un frein. »*

Les retards dans les prises de décision (manque de leadership à tous les paliers) ainsi que les délais dans la réception du matériel promotionnel seraient d’autres sources d’explication. En effet, en attente de ce matériel, plusieurs régions n’ont investi aucun budget dans la publicité régionale et n’ont fait aucune activité promotionnelle.

> *« Et actuellement, il y a eu du flottement, avec l’implantation nationale, parce là on faisait rien parce qu’il fallait attendre les outils qui venaient du national. »*

Ces difficultés avec la publicité et la promotion du programme auraient pour conséquence une méconnaissance de l’existence du programme et de son approche sous-jacente.

> *« Tsé la publicité, les gens étaient même pas au courant que ça existait le programme, qu’il y avait une étape justement qui pouvait faire pour les gens qui étaient pas rendus à une problématique au niveau de la consommation. C’est beaucoup un manque d’information, en tout cas dans notre secteur à nous, pour l’implantation ça été beaucoup un manque. »*

En retour, le manque de promotion et cette méconnaissance du programme tant de la part des usagers que des intervenants expliqueraient le faible taux d’achalandage.

> *« Si, par exemple, y’a un client qui va consulter pour je sais pas mettons une rupture pour dire de quoi, une rupture de couple, pis que l’autre intervenant parce que lui en fait pas d’Alcochoix+ pis il sait peut-être même pas que le programme se donne ou s’il le sait y’en sait peu de chose, il va pas nécessairement référer son client pour s’inscrire à Alcochoix+ au cas où qu’il augmenterait sa consommation du fait qu’il est en période de rupture amoureuse. »*

> *« Et on l’a démontré nous dans les statistiques que quand il y a de la publicité ben souvent ça nous rapporte la clientèle qui vient avec. Actuellement il y a pas beaucoup de publicité donc on n’a pas beaucoup de clientèles. »*

Entre ces deux blocs d’obstacles qui initient et bouclent la chaîne, des obstacles intermédiaires interagissent entre eux de manière assez complexe. Ainsi, les participants de l’étude notent que le manque de leadership dans la prise en charge du programme est responsable des problèmes au niveau des priorités et exigences gouvernementales étant donné que, malgré que le ministère ait décidé de l’implanter à l’échelle nationale, l’importance accordée au programme dépend des dirigeants, de leur intérêt ou des priorités au sein de leurs établissements.

> *« (…) c’est pas prioritaire, mais je pense que ça dépend beaucoup du gestionnaire, c’est ça un peu qui est plate. Si le gestionnaire trouve que c’est une priorité Alcochoix, ils vont le mettre*

de l'avant, ils vont mettre les choses en place pour le faire. Si le gestionnaire trouve que ça l'est pas ben non. »

Ce manque de leadership a également conduit à l'isolement et au désinvestissement des intervenants qui sont parfois sans soutien, à des difficultés d'accès au matériel promotionnel dû au manque de collaboration de l'Agence, à des difficultés au niveau de la communication et de la circulation de l'information n'ayant parfois désigné personne pour assurer une représentation du programme à tous les paliers et faire circuler l'information, ainsi que le manque de temps.

« Il y a eu un changement de chef de programme pis il a été débordé fac on a plutôt été laissé à nous même (…) »

« (…) quand on approche une région, qu'on approche les gens de l'agence, que la personne de l'agence fasse le tour de tous ces chefs de CSSS là, des représentants de chacun des CSSS, mais qu'il y ait un meilleur travail de fait pour que ça descende. Là ça descend pas, j'ai l'impression qu'un attend qu'est ce que l'autre va faire pour. »

L'isolement des intervenants est quant à lui l'une des causes du désinvestissement des intervenants et des difficultés au niveau de la communication et de la circulation de l'information étant donné le manque de lien avec l'Agence. Le désinvestissement des intervenants est aussi conséquent à l'obstacle « priorités et exigences gouvernementales », plus spécifiquement à la pression de rentabilisation imposée aux intervenants des CSSS.

« (…) un moment donné quand tu te fais taper dessus pour dire tu produis pas assez ben tu dis bon ben regarde je vais faire des affaires justement payantes, des entrevues, des choses comme ça pis ça a fait un climat aussi plus de désengagement, il y a plus d'amertume par rapport au travail pis les gens sont moins intéressés. »

Parallèlement, d'autres obstacles dont le contexte régional, plus spécifiquement les problèmes de confidentialité dans les milieux ruraux, et la réorganisation des services en dépendance exercent une influence sur certains obstacles intermédiaires ou finaux de la chaîne. Ainsi, certains intervenants font un lien entre les problèmes de confidentialité dans les milieux ruraux et le faible taux d'achalandage.

« Il en demeure pas moins que toute la question de la confidentialité des petits CSSS, des gens qui se connaissent, ça va demeurer en quelque part une sorte de difficulté à contrer dans le fond.(…) Mais ça va toujours demeurer, j'pense bien, quelque chose qui va nuire à la demande de services. »

Les difficultés organisationnelles causées par la réorganisation des services en dépendance auraient nui à l'implantation du programme en étant responsables du manque de temps et de leadership étant donné le temps et les efforts à investir tant de la part des intervenants que des supérieurs pour effectuer ces changements et pour s'y adapter.

« Ce qui a été plus problématique dans la région est la mise en place d'une hiérarchisation des services, c'est-à-dire que la première ligne doit maintenant répondre à une bonne partie de la clientèle autrefois prise en charge par la deuxième ligne, ce qui nécessite beaucoup de temps et d'efforts. »

Des liens cycliques sont également observés. Ainsi, comme mentionné précédemment, certains obstacles intermédiaires auraient un impact négatif sur la publicité et la promotion du programme. Ces lacunes seraient en partie responsables du faible taux d'achalandage au programme, ce qui en retour engendrerait une perte de motivation et d'intérêt de la part des intervenants et des cadres (désinvestissement des intervenants, manque de leadership dans la prise en charge du programme) ainsi qu'une diminution du temps accordé au programme par les cadres.

« Oui, mais je suis déçue dans le fait qu'on n'a pas de clients là qui peuvent participer aux rencontres (…) »

« (…) notre chef de service comme je te disais tantôt il y a peut-être moins de clients donc il va être moins enclin à nous donner du temps pour pouvoir travailler sur le programme ou se parler du programme. »

Aussi, le manque de constance de la publicité conduirait à des fluctuations dans les taux d'achalandage, ce qui rendrait difficile la gestion du mandat Alcochoix+ puisque le temps accordé au programme varierait selon la demande et nécessiterait donc beaucoup d'adaptation de la part de l'établissement. Également, un répondant régional a révélé que le manque de communication et de circulation de l'information avec le ministère au sujet des consignes propres au budget aurait entraîné un manque de ressources financières pour Alcochoix+, l'argent lui étant destiné ayant déjà été annoncé et distribué à d'autres fins.

« (…) il y a eu du cafouillage, l'année que la ministre Delisle a annoncé son quatre millions pour les services de première ligne, on a eu la consigne une fois que tous nos budgets de développement étaient déjà distribués et annoncés. Ça pas été fort fort du ministère cette année-là, donc nous on peut pas, on n'a pas mis de sous au CSSS pour les intervenants de première ligne (…)

Le manque de leadership dans la prise en charge du programme aurait aussi un impact sur les prises de décision et par le fait même sur l'argent investi dans le programme. Le manque de ressources financières aurait donc un impact sur certains obstacles intermédiaires, en retour ces obstacles nuisent au budget alloué au programme.

« Moi c'est ce que j'ai vu en quatre ans, plus le chef de service qui était là était impliqué dans trop de dossiers, moins il avait du temps à Alcochoix+ et ça avait un impact direct sur l'argent, sur le temps, sur les décisions.

ANNEXE 4 : INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Comme cela fut le cas dans la section analyse des résultats, l'interprétation des résultats est structurée, par sections, en fonction des objectifs de la recherche.

4.1 Vérifier si l'intervention respecte le canevas du programme «officiel» tant au plan du contenu que des modalités de dispensation du programme (formules autonome, guidée et en groupe)

La plupart des intervenants Alcochoix+ se conforment au contenu du manuel. En effet, les résultats indiquent qu'ils présentent l'ensemble des éléments recommandés. Les seules modifications apportées concernent des ajouts de matériel qui respecte l'esprit du programme. Les intervenants semblent donc avoir bien compris l'approche sous-jacente au programme et l'importance de chacun des éléments qui le composent.

Comme le mentionnent Fixsen et ses collaborateurs (2005), certaines composantes centrales d'un programme doivent être maintenues afin d'assurer son efficacité. Selon eux, une fois l'approche bien comprise et acceptée, l'application du programme peut toutefois être plus flexible. L'adaptabilité de l'innovation serait un élément influent de son implantation (Greenhalgh, 2004; Barry, Domitrovich, & Lara, 2005). La flexibilité dont ont fait preuve les intervenants dans l'application du programme, soit par l'ajout de matériel ou en l'adaptant aux besoins de certains types de clientèles, illustre bien comment adapter un programme tout en conservant ses éléments centraux.

Cette étude fait également ressortir l'attitude positive de la majorité des intervenants envers le programme : ils croient en l'objectif de boire contrôlé, ils sont enthousiastes envers le programme et leur rôle d'intervenant est une source de satisfaction professionnelle. Ces résultats sont intéressants puisque, comme le mentionne Wejnert (2002), le système de croyances jouerait un rôle important dans l'adoption d'une innovation. Une congruence entre l'innovation et les valeurs, les normes, le langage ou les idéologies d'une organisation ou d'un individu favoriserait son adoption. L'impact du système de croyances sur l'adoption de l'innovation ressort clairement de cette recherche qui a permis de constater une association négative entre la croyance en l'abstinence pour tous (une approche opposée de celle prônée par Alcochoix+) et le nombre de fiches d'usagers ainsi que la disposition envers l'approche. En d'autres termes, les intervenants sont moins enclins à adopter le programme (rencontrent moins de clients et sont moins disposés envers l'approche) s'ils ne croient pas à l'objectif de l'approche. Dans le même sens, les résultats montrent que les intervenants qui sont satisfaits de leur rôle au sein du programme et disposés envers l'approche rencontrent un plus grand nombre d'usagers.

Puisqu'il s'agit d'une mesure associative, une question émerge au sujet du lien de causalité: les intervenants qui croient en l'approche sont-ils de meilleurs «vendeurs» du programme ou l'observation de succès augmente-t-elle la croyance à l'approche? Lors de la présentation des résultats, les intervenants ont expliqué cette association comme un cycle positif où le fait de croire au programme les amène à en être de meilleurs promoteurs. En retour, l'affluence des usagers leur permet d'observer un plus grand nombre de succès thérapeutiques, ce qui renforce leur enthousiasme en vers le programme.

Ces résultats confirment la pertinence des pré-requis à la formation soit d'entretenir des croyances compatibles avec l'objectif de boire contrôlé et de démontrer de l'intérêt pour ce type de programme.

Quant aux modalités de dispensation du programme, les résultats révèlent qu'une seule région n'offre pas de flexibilité dans le nombre de rencontres en formule guidée, ce nombre étant fixé à deux, et la formule groupe n'est offerte que dans trois régions. Deux conditions rendent possible l'offre de la formule groupe : une concentration d'appels assez élevée pour être en mesure de recruter un nombre suffisant de participants dans un court délai et une région assez populeuse afin d'éviter les problèmes de confidentialité observés dans les milieux où tout le monde se connaît. En général, les usagers obtiennent la formule de leur choix, seuls quelques usagers ont dû opter pour un second choix, car ils souhaitaient suivre la formule de groupe qui n'a pas eu lieu faute de participants en nombre suffisant ou parce que l'horaire du groupe ne leur convenait pas.

4.2 Vérifier si le profil de la clientèle rejointe correspond à celui de la clientèle cible

En général, la clientèle admise au programme respecte les critères d'éligibilité : peu ou pas de dépendance selon DÉBA A/D, pas de symptômes de sevrage, pas de contre-indications médicales, pas enceinte et pas de consommation de drogue (sauf cannabis moins d'une fois par semaine). Les usagers non admis au programme présentent une dépendance plus élevée à l'alcool et consomment plus fréquemment une plus grande quantité d'alcool que les usagers admis.

Toutefois, des usagers non admissibles sont parfois acceptés dans le programme : des usagers dont la consommation suggère une orientation en première ligne, mais qui présentent une contre-indication à suivre Alcochoix+ et des usagers dont le profil suggère une orientation en deuxième ligne. On peut aussi supposer qu'une partie des usagers ayant un profil limite («zone grise»), acceptés au programme sans discussion préalable avec un intervenant de deuxième ligne, étaient également non admissibles au programme.

La situation des usagers nécessitant une orientation en première ligne risque de se régulariser d'elle-même avec l'arrivée de la formation dépendance qui sera offerte aux intervenants de première ligne. Cette formation les outillera davantage afin d'intervenir auprès de la clientèle qui doit être orientée en première ligne, mais qui n'est pas admissible au programme Alcochoix+. En effet, le manque de solution alternative pour cette clientèle a été évoqué pour expliquer le fait que ces usagers soient parfois acceptés dans le programme.

L'admissibilité d'usagers nécessitant une intervention de deuxième ligne, souvent parce qu'ils refusent l'intervention spécialisée, soulève la question de l'efficacité de ce programme pour cette clientèle. Le programme leur est-il bénéfique? Certains d'entre eux réussissent-ils à atteindre leur objectif de consommation ou à la réduire même un peu? Le programme leur permet-il de prendre conscience de la gravité de leur problème et, plus tard dans leur parcours, d'accepter d'aller en deuxième ligne comme certains intervenants le croient? Autant de questions qui devraient être intégrées à une éventuelle étude d'impact.

En plus de poser la question de l'efficacité du programme, l'acceptation de la majorité de la clientèle « zone grise » du DÉBA-A/D soulève des questions au niveau de l'arrimage entre la première et la deuxième ligne. En effet, certains intervenants rapportent que le CRPAT de leur région n'accepte que les usagers dépendants. D'autres préfèrent accepter tous les usagers de la zone grise au CSSS plutôt qu'avoir à communiquer avec l'intervenant de deuxième ligne pour chacun d'entre eux. La nouvelle

version du manuel d'utilisation du DÉBA-A/D[12] propose des indices permettant aux intervenants de prendre une décision sans avoir à communiquer avec la deuxième ligne à chaque fois. La diffusion de ces informations auprès des intervenants devrait améliorer la situation en augmentant le nombre d'usagers orientés en fonction de leurs besoins.

Les intervenants émettent également quelques réserves quant à l'efficacité de la détection des personnes présentant une consommation d'alcool à risque. Ils constatent, entre autres, que certains usagers ne cotent pas dans la zone dépendance en dépit d'une consommation très élevée en quantité et en fréquence ou que certaines questions délicates n'amènent pas toujours une réponse véridique. Daeppen et Gaume (2005), suite à leur recension des écrits, rapportent également la présence d'une difficulté au niveau de la détection des consommateurs d'alcool à risque. Enfin, une confusion est aussi observée entre les critères d'exclusion au programme (critères de non-admissibilité) et les critères à considérer (critères qui nécessitent une évaluation plus approfondie) lors de l'évaluation. La formation étant un moment de rencontre à privilégier pour la transmission de l'information aux intervenants (Fixsen et al., 2005), les formateurs devraient insister et s'assurer que les critères d'admissibilité au programme sont bien compris de tous.

Du côté du marketing, deux méthodes de recrutement des usagers sont principalement utilisées : la publicité auprès de la population générale et le recours aux orientations en provenance des autres services. Ces deux méthodes présentent des avantages qui leur sont propres et permettent de rejoindre une portion distincte de la population cible. En effet, l'étude indique que les orientations en provenance d'autres services du réseau auraient l'avantage de recruter des individus qui n'auraient autrement pas consulté par eux-mêmes. Les individus qui sont moins disposés à consulter pour leur problème de consommation d'alcool pour différentes raisons (réticence, manque de motivation, etc.) pourraient en ce sens être rejoints plus facilement par l'entremise des autres services. De son côté, la publicité pourrait permettre de recruter des individus qui sont plus prêts à amorcer un changement en regard à leur consommation d'alcool. Certains intervenants ont d'ailleurs révélé lors des groupes de discussion que la publicité favorisait le recrutement de personnes plus motivées. Les deux méthodes sont donc à promouvoir.

Le fait de concentrer la publicité sur une courte période de temps quelques fois par année entraîne une concentration des demandes qui présentent plusieurs avantages, notamment la possibilité d'offrir la formule de groupe et une meilleure planification du temps des intervenants. Par contre, ce mode de fonctionnement, qui n'est utilisé que dans une seule région, entraîne un temps d'attente moyen beaucoup plus élevé entre le moment où l'usager appelle et celui où il est évalué, car celui qui appelle quelques jours après la période d'évaluation doit attendre à la prochaine session pour recevoir des services.

D'autres différences régionales ont également été observées. Alors que les régions pilotes utilisent surtout la publicité, les régions nouvelles font surtout appel aux orientations internes. Plusieurs facteurs pourraient expliquer cette différence. Tout d'abord, il importe de souligner que les régions pilotes offraient encore le programme précédent («L'Alcochoix») au moment d'implanter Alcochoix+.

---

[12] Tremblay, J., et Blanchette-Martin, N. (sous-presse). Manuel d'utilisation du DÉBA-Alcool/Drogues/Jeu. Version adaptée pour le Programme de formation en dépendance pour les CSSS. Version 1.08. Ministère de la santé et des services sociaux.

Par conséquent, un système de promotion était déjà en place et n'avait qu'à être adapté au nouveau programme. De plus, puisque les régions pilotes offrent le programme depuis plus longtemps que les régions nouvelles, elles ont eu plus de temps pour trouver des fonds et planifier la publicité au niveau régional. Enfin, plusieurs régions attendaient le matériel promotionnel provincial pour démarrer la publicité. Il est donc probable que les différences régionales s'estompent au cours des prochaines années.

4.3 Vérifier si le programme est intégré au réseau de soins et de services sociaux du Québec

Une bonne collaboration entre la première et la deuxième ligne est observée pour la majorité des régions. La plupart des intervenants qui ont réorienté au moins un usager vers le CRPAT de leur région sont satisfaits de la procédure. Quelques régions ont par contre vécu plus de difficultés. Les intervenants de ces régions ont exprimé certains irritants en lien avec le processus d'orientation. Parmi les obstacles évoqués, on retrouve la réorganisation des services en lien avec le «mandat dépendances» (fonctionnement parfois difficile des projets cliniques, intervenants des CSSS moins informés au sujet de leur nouveau rôle et peu outillés pour y répondre). D'autres points faibles à l'arrimage ont également été mentionnés tels que l'identité de la personne-ressource au CRPAT qui n'est pas connue de tous, un flou au niveau du rôle de cette personne-ressource et le fait qu'elle soit peu sollicitée.

Ces résultats soulignent l'importance de favoriser la collaboration et des contacts étroits entre les organisations et acteurs impliqués dans l'implantation d'une innovation afin de favoriser la réussite de son implantation (Deschênes et al., 2008; Doray & Chaumette, 2001; Houle, Poulin, & Van Nieuwenhuyse, 2006; Landry et al., 2007). C'est en ce sens que des moyens tels que la prise d'ententes entre la première et la deuxième ligne pour la création d'un corridor de services, la mise sur pied d'un mécanisme de concertation régionale qui permettrait de personnaliser le lien entre les deux organisations ou l'utilisation de la formation pour informer les intervenants à propos du mandat de la première ligne et du rôle des personnes-ressources de la deuxième ligne pourraient améliorer cette situation.

4.4 Vérifier si la formation reçue facilite la compréhension et l'application du programme

Dans l'ensemble, les intervenants sont satisfaits de la formation et considèrent que son contenu a permis de les outiller suffisamment pour être en mesure d'appliquer adéquatement le programme. Cependant, même si une seule région s'est montrée insatisfaite de la formation, cette situation amène à réfléchir sur la mise en place d'un mécanisme permettant de s'assurer de la qualité des formations et d'offrir de la supervision aux formateurs.

Par contre, l'accessibilité et la planification des formations reçoivent un plus grand nombre de critiques. Les sources de frustration concernent surtout les aspects organisationnels qui ont causé certaines difficultés entraînant des retards (parfois même l'absence) dans la formation des intervenants. Tant les intervenants que les responsables des agences recommandent de former des formateurs régionaux ou de diminuer le nombre de personnes exigées pour que les formateurs provinciaux se déplacent en région.

4.5 Identifier les obstacles surmontés ou à surmonter pendant l'implantation

Les participants à l'étude (intervenants des CSSS et des CRPAT, répondants régionaux et quelques gestionnaires qui ont assisté à la présentation des résultats) ont non seulement identifié plusieurs obstacles à l'implantation, mais ils ont aussi proposé des pistes de solution. Si certains auteurs (Fleuren, Wiefferink et Paulussen, 2004) considèrent qu'il est difficile de classer les déterminants en ordre d'importance, l'utilisation, dans la présente étude, d'un questionnaire conçu à cette fin a permis de contourner cette difficulté. Ainsi, les lacunes au niveau de la publicité et de la promotion constituent l'obstacle le plus influent, suivi du manque de ressources financières, puis du roulement de personnel à tous les paliers. Par contre, la méthodologie de l'étude ne permet pas un tel classement pour les éléments facilitateurs et les pistes de solutions. Elle a toutefois permis de mettre en évidence l'effet miroir des déterminants de l'implantation où les facilitateurs et les pistes de solution sont considérés comme des obstacles s'ils sont absents ou manquants. Ce phénomène a d'ailleurs été rapporté dans la recension des écrits effectuée par Fleuren, Wiefferink et Paulussen en 2004.

Une comparaison avec les 50 déterminants du processus d'innovation dans les organisations de soins de santé recensés par Fleuren, Wiefferink et Paulussen (2004) permet de constater que presque tous les obstacles et facilitateurs relevés dans la présente recherche ont été identifiés dans d'autres études. Quelques déterminants associés au contexte particulier dans lequel le programme Alcochoix+ fut implanté semblent toutefois spécifiques à ce programme. Parmi ces déterminants, on retrouve l'intégration du programme Alcochoix+ au programme dépendance, la formation de l'ensemble des intervenants au DEBA-A/D, l'implantation et la formation simultanée à l'échelle régionale, la formation de formateurs régionaux ainsi que les problèmes de confidentialité dans les milieux ruraux. Ces données rappellent l'importance d'effectuer une étude d'implantation pour chaque nouvelle innovation, surtout que, comme le soulignent Doray et Chaumette (2001), les facteurs qui influencent l'implantation sont nombreux et sont difficilement prévisibles.

De plus, cette étude a permis de cibler un obstacle qui semble propre à la problématique de la consommation d'alcool à risque soit la méconnaissance de l'approche sous-jacente au programme. En effet, une seule étude fait mention de cet obstacle. Il s'agit d'une étude d'évaluation d'implantation d'une intervention de prévention secondaire de la consommation d'alcool, approche similaire à Alcochoix+ (Daeppen & Gaume, 2005). Les auteurs de cette étude ont constaté une mauvaise compréhension du programme et des perceptions erronées en ce qui a trait à l'approche préventive chez les médecins qui appliquent l'intervention, ces derniers étant surtout intéressés par la problématique de dépendance à l'alcool plutôt que par la consommation d'alcool à risque. Dans la présente recherche, une perception erronée du programme et une confusion quant à la clientèle réellement visée par le programme ont également été observées. D'ailleurs, tant chez les intervenants que dans la population générale, une vision dichotomique de la problématique de consommation d'alcool (absence de problème vs dépendance) fait en sorte que plusieurs ignorent qu'il est possible de consulter pour une consommation d'alcool à risque sans avoir développé une dépendance. Daeppen et Gaume (2005) recommandent d'effectuer une campagne de promotion à large échelle portant sur la problématique de consommation d'alcool à risque qui vise à la fois le grand public et les médecins afin de les sensibiliser aux problèmes de santé liés à ce type de consommation.

L'analyse des données de la présente étude a permis d'observer des interrelations complexes entre les différents obstacles à l'implantation. Fleuren, Wiefferink et Paulussen (2004) ont également constaté de telles interrelations entre les déterminants du processus d'innovation qui ont été recensés

dans la littérature. Il est intéressant de constater que deux des obstacles à l'implantation les plus importants (selon le classement résultant du questionnaire à cet effet) initient la chaîne d'obstacles. Ainsi, le manque de ressources financières et le roulement de personnel à tous les paliers entraîneraient plusieurs autres difficultés, ce qui expliquerait pourquoi ils sont jugés si importants. Ces obstacles ont également été observés dans d'autres études. Il est possible qu'ils comptent parmi les facteurs les plus déterminants de l'implantation d'une innovation dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Bien que les données recueillies dans cette étude ne permettent d'organiser le patron des interrelations qu'en fonction des obstacles à l'implantation, il est tout aussi possible que le même type d'interactions existe entre les éléments facilitateurs. En effet, la même séquence logique pourrait s'appliquer afin de décrire les éléments d'une implantation réussie. Ainsi, la stabilité du réseau de services et du personnel impliqué dans l'implantation ainsi que la disponibilité de ressources financières adéquates contribueraient, entre autres, à une meilleure prise en charge par les cadres, à la création de postes stables pour les intervenants, à la diffusion de publicité et de promotion qui, à son tour, permettrait à la population et aux professionnels de mieux connaître le programme et son approche et, en bout de ligne, permettrait à un plus grand nombre d'usagers de bénéficier de ce nouveau service. D'autres études sont nécessaires afin de confirmer cette hypothèse.

Les analyses ont également fait ressortir des différences régionales concernant le poids accordé à deux obstacles à l'implantation : le manque de leadership dans la prise en charge du programme et la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux qui semblent avoir un impact plus important dans les régions nouvelles. Deux hypothèses d'explication seraient possibles. D'abord, les régions pilotes ont participé à la pré-expérimentation du programme dans laquelle un comité élargi d'implantation fut mis en place. Le fait qu'un représentant de chacune des régions (souvent un gestionnaire) participe à ce comité a pu servir de mécanisme d'accès à l'information et avoir favorisé la prise en charge du programme. Ces éléments ont pu amortir les effets négatifs de la réorganisation du réseau. Une autre hypothèse est que les régions nouvelles n'aient tout simplement pas eu le temps de mettre en place un leadership fort pour assurer la prise en charge du programme. Ces résultats rappellent l'importance du rôle joué par les leaders et gestionnaires qui ont le mandat de bien gérer l'innovation. Ces acteurs devraient ainsi assumer plusieurs responsabilités telles que développer et diffuser une vision, développer et clarifier les objectifs, encourager l'engagement des membres et les accompagner, définir les structures de travail et de décider des structures de soutien à mettre en place, etc. (Landry *et al.,* 2007).

Par ailleurs, l'organisation des données de cette étude en fonction des trois types de déterminants du processus d'innovation cités dans la littérature (déterminants relatifs à l'innovation et à ceux qui l'adoptent, déterminants relatifs à l'organisation ou aux systèmes internes et déterminants relatifs à l'environnement ou au contexte externe) en facilite la compréhension.

Tout d'abord, il devient clair que la plupart des déterminants relatifs à l'innovation et de ceux qui l'adoptent ont facilité l'implantation d'Alcochoix+ (simplicité, compatibilité avec les valeurs, normes et procédures organisationnelles, adaptabilité, observabilité des résultats, etc.) (Berwick, 2003; Deschesnes *et al.,* 2008; Fleuren, Wiefferin, & Paulussen, 2004; Landry *et al.*, 2007; Rogers, 2003; Wejnert, 2002). Par exemple, les intervenants mentionnent que le programme est bien défini et facile à vendre (documents utilisés concrets et attrayants) et que l'observation de succès thérapeutiques augmente leur enthousiasme envers le programme. De plus, il permet une certaine flexibilité dans son application.

Ensuite, il apparaît que les obstacles à l'implantation se retrouvent principalement dans la catégorie des déterminants relatifs à l'organisation ou aux systèmes internes (canaux de communications, leadership et engagement, roulement de personnel, manque de ressources financières, soutien, etc.) Finalement, certains déterminants relatifs à l'environnement ou contexte externe auraient également nui à l'implantation d'Alcochoix+ notamment les transformations au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ainsi, les attributs du programme et de ceux qui l'adoptent constituent les points forts de l'implantation du programme, tandis que les facteurs organisationnels sont plus problématiques. Lors des groupes de présentation des résultats, les participants ont conclu dans le même sens en soulignant que les nombreux obstacles à l'implantation sont surtout d'ordre structurel et ne sont pas liés au programme lui-même. Ils considèrent qu'Alcochoix+ est un bon programme puisqu'il est toujours appliqué malgré les nombreuses difficultés rencontrées.

L'implantation du programme Alcochoix+ semble avoir été facilitée dans les régions où une prise en charge du programme fut assumée. Les analyses font également ressortir des éléments facilitateurs qui n'ont été mis en place que dans quelques régions, notamment les tables régionales, la présence d'un coordonnateur régional, l'intégration hâtive du programme Alcochoix+ au programme dépendance, l'implantation ou la formation simultanée dans tous les CSSS de la région ainsi que la création d'un poste avec un temps défini alloué au programme. Ces éléments proviennent surtout des régions pilotes et semblent avoir porté fruit, car les taux d'achalandage au programme sont plus élevés dans ces régions. Ils représentent des moyens d'action intéressants afin d'améliorer l'implantation ou de faciliter l'implantation du programme Alcochoix+ dans les autres régions. D'ailleurs, les facteurs d'une implantation de programme réussie dans le domaine de la santé et des services sociaux s'apparentent à ceux nommés précédemment soient l'accessibilité aux ressources en termes de temps, le soutien du milieu, un leadership fort qui assure la coordination, une collaboration et des contacts étroits ou des rencontres fréquentes entre les organisations et acteurs impliqués (Berwick, 2002; Daeppen & Gaume, 2005; Doray & Chaumette, 2001; Houle, Poulin, & Van Nieuwenhuyse, 2006; Landry *et al.,* 2007; Locock *et al.,* 2001).

ANNEXE 5 : CONCLUSION

Cette étude d'évaluation d'implantation du programme Alcochoix+ a permis de répondre à l'ensemble des questions de recherche[13]. Les résultats ont permis de dresser un portrait de l'implantation du programme à l'échelle provinciale. Ils ont mis en lumière certains obstacles et ont suggéré des pistes de solution afin d'améliorer l'implantation dans les régions participantes et de faciliter l'implantation dans les régions qui n'ont pas encore mis en place le programme.

Ainsi, la majorité des intervenants Alcochoix+ se conforment bien au programme et adoptent une attitude généralement positive envers son approche. Quant aux modalités de dispensation du programme, les données montrent que la formule groupe n'est offerte que dans trois régions tandis que les deux autres modalités sont offertes partout (objectif 1). En général, les usagers admis au programme respectent les critères d'éligibilité quoique certains usagers non admissibles y sont parfois admis. Les deux méthodes de recrutement les plus utilisées (orientation par les autres services et publicité) permettent de rejoindre différentes portions de la clientèle cible (objectif 2). La qualité de l'arrimage entre la première et la deuxième ligne varie d'une région à l'autre allant d'une très bonne collaboration à l'existence de difficultés importantes (objectif 3). Les intervenants sont en général satisfaits du contenu de la formation reçue, mais des problèmes de planification et d'accessibilité à la formation sont ressortis (objectif 4). Finalement, plusieurs obstacles à l'implantation du programme ont été mentionnés dont les trois principaux : les lacunes au niveau de la publicité et de la promotion, le manque de ressources financières et le roulement de personnel à tous les paliers. Plusieurs éléments facilitateurs et pistes de solution ont été proposés par les participants (objectif 5). L'ensemble de ces données permet de proposer des recommandations qui visent à répondre à ces difficultés ou obstacles. De plus, l'évaluation d'implantation elle-même a déjà permis d'amorcer certains changements. Ainsi, un répondant régional a affirmé avoir effectué une certaine prise de conscience quant à son rôle à jouer dans l'implantation du programme et certains intervenants ont souligné que l'étude a permis de briser leur isolement ainsi que d'offrir un levier pour l'avancement du programme.

Cette étude fait non seulement ressortir des déterminants communs à la diffusion d'autres innovations, mais aussi la présence d'obstacles qui sont spécifiques au programme Alcochoix+ et à son contexte d'implantation ainsi que de nombreuses interrelations complexes et variées entre les obstacles. Ces résultats rappellent l'importance d'effectuer une évaluation de l'état d'implantation de tous les programmes nouvellement adoptés par une organisation, d'autant plus que l'efficacité d'un programme dépend largement de la qualité de son implantation (Barry, Domitrovich, & Lara, 2005; Fixsen *et al.,* 2005).

Parmi les forces de l'étude, il importe de souligner le taux élevé de participation des différents acteurs impliqués (intervenants des CSSS et des CRPAT, répondants régionaux, agents de promotion). Plusieurs intervenants ayant quitté le programme au cours de l'étude ont tout de même fait parvenir leur questionnaire et ont assisté aux groupes de discussion. Deuxièmement, la diversité des régions qui ont participé à l'étude, en termes d'ancienneté d'implantation, de densité de population ou de situation géographique (régions pilotes ou nouvelles, régions populeuses ou faiblement habitées, urbaines ou rurales) a permis de décrire des réalités différentes et des contextes plus spécifiques à certaines d'entre elles. Troisièmement, les données ont été recueillies à l'aide de méthodes variées (entrevues qualitatives, questionnaires des intervenants, groupe discussion, fiches d'usagers et groupes de présentation des résultats). Quatrièmement, les sources d'information ont également été très variées : intervenants des CSSS, intervenants de CRPAT, agents de promotion et répondants régionaux. Ainsi, une

[13] Une seule question n'a pu obtenir de réponse : celle visant à comparer la satisfaction des intervenants envers la formation offerte lors du projet pilote à celle offerte par les nouveaux formateurs.

des forces de l'étude réside dans la triangulation des données qui a non seulement permis de réduire les biais relatifs à chacune des méthodes de collectes de données et d'augmenter la validité des résultats obtenus, mais a aussi conduit à des interprétations plus riches et nuancées. Enfin, la présentation des résultats à l'ensemble des participants a permis de valider les données recueillies au cours de l'étude.

Parmi les limites de l'étude, il y a le fait de ne pas avoir été en mesure de répondre à la question de recherche visant à comparer la formation lors du projet pilote à celle offerte par les nouveaux formateurs. Ensuite, les groupes discussion ont fait ressortir l'importance du rôle joué par les gestionnaires des CSSS dans l'implantation du programme. Ne pas avoir prévu, dans la méthodologie, de recueillir l'opinion de ces acteurs constitue donc un maillon plus faible de l'étude. Cependant, les gestionnaires de tous les CSSS participants ont été invités à assister aux groupes de présentation des résultats dans le but d'obtenir leur point de vue sur les résultats de l'évaluation d'implantation d'Alcochoix+, mais seulement quatre gestionnaires sur les 18 invités se sont présentés à l'un de ces groupes. Finalement, au moment d'analyser les résultats quantitatifs, les unités de signification et catégories conceptuelles identifiées n'ont pas été
contre-codées par un deuxième évaluateur. Cependant, ces unités et catégories ont été définies et validées par deux évaluateurs indépendants et le chercheur responsable de superviser ce processus a également émis son point de vue sur les analyses afin d'augmenter la validité des conclusions qui en ont été tirées.

Finalement, les données recueillies justifient de procéder à une évaluation d'impact dans le but de se prononcer sur l'efficacité du programme Alcochoix+. En effet, sachant que le contenu du programme est respecté, une évaluation d'impact pourra être effectuée en étant assuré que les effets qui seront observés seront bel et bien attribuables au programme. La présente évaluation d'implantation a fait ressortir certains éléments qui seront à considérer dans l'orientation d'une éventuelle étude d'impact. D'abord, étant donné que seules trois régions sont en mesure d'offrir la formule groupe du programme, la planification de l'étude exigera le recrutement d'un nombre suffisant de participants qui auront suivi chacune des trois formules. D'autre part, puisque des clientèles « zone grise » et non admissibles au programme y sont parfois admises, il sera nécessaire d'évaluer et de comparer l'efficacité du programme en fonction des trois groupes de clientèles tels que définis par le DEBA A/D (intervention de 1ère ligne, discussion pour déterminer l'orientation [« zone grise »], intervention deuxième ligne). En plus de mesurer l'efficacité du programme, une évaluation d'impact pourrait aussi valider les critères d'éligibilité au programme à savoir s'ils sont en mesure de prédire les usagers qui atteignent leurs objectifs de consommation, ceux qui réduisent leur consommation d'alcool sans nécessairement atteindre leurs objectifs et ceux qui ne semblent retirer aucun bénéfice du programme.

ANNEXE 6 : RÉFÉRENCES

Anderson, N., de Dreu, K.W., & Nijstad, B.A. (2004). The Routinization of Innovation Research: A Constructively Critical Review of the State-of-the-Science. *Journal of Organizational Behavior,* 25, 147-173.

Barry, M. M., Domitrovich, C., & Lara, Ma. A. (2005). The implemention of mental health promotion programmes. *Promotion and Education*, 12, 30-36.

Berwick, D. M. (2003). Disseminating innovations in health care. *The Journal of the American Medical Association*, 289, 1969-975.

Bouchard, C., en collaboration avec le Groupe de travail sur l'innovation sociale (GTIS) (1999). *Recherche en sciences humaines et sociales et innovations sociales. Contribution à une politique de l'immatériel.* Québec : Conseil québécois de la recherche sociale.

Brouselle, A. (2004). What count is not falling … but landing. *Evaluation*, 10, 155-173.

Callon, M., & Latour, B. (1986). Les paradoxes de la modernité : comment concevoir les innovations? *Prospective et santé*, *36*, 13-25.

Chen, H. (2005). *Practical program evaluation*. Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.

Daeppen, J.-B., & Gaume, M. J. (2005). *Implémentation et dissémination de l'intervention brève pour la consommation d'alcool à risque en médecine de premier recours : évaluation du projet partiel « Médecins » du programme national Alcool « Ça débouche sur quoi? ».* Lausanne : Office Fédéral de la Santé Publique, section Alcool.

Davison, G. (2005). Configured for innovation : the case of palliative care. *European Journal of Innovation Management,* 8, 205.

Deschenaux, F. (2007). *Guide d'introduction au logiciel QSR NVivo 7*. Québec : Association pour la recherche qualitative, Les cahiers pédagogiques de l'Association pour la recherche qualitative.

Deschesnes, M., Couturier, Y., Laberge, S., Trudeau, F., Kébé, M., Campeau, L., Bernier, J., & Bertrand, M. (2008). *Les facteurs influençant la dissémination et l'adoption de l'approche École en santé*. Institut nationale de santé publique du Québec.

Desrosiers, H., Kishchuk, N., Ouellet, F., Desjardins, N., Bourgault, C., & Perreault, N. (1998). *Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes : application en promotion de la santé et en toxicomanie*, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Doray, G., & Chaumette, P. (2001). *Évaluation de l'implantation du programme « Bien dans sa tête, bien dans sa peau » dans la région de Québec – l'An 1, de septembre 2000 à août 2001*. Beauport, Direction de la santé publique de Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.

Fajans, P., Simmons, R., & Ghiron, L. (2006). Helping public sector health systems innovate: The strategic approach to strengthening reproductive health policies and programs. *American Journal of Public Health*, 96, 435-440.

Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, Florida: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.

Fleuren, M., Wiefferink, K., & Paulussen, T. (2004). Determinants of innovation within health care organizations. Literature review and Delphi study. *International Journal of Quality in Health Care*, 16, 107-123.

Geoffrion, P. (1992). Le groupe discussion. Dans B. Gauthier (Éd.), *De la problématique à la collecte de données* (2ème éd., pp. 311-335). Presses de l'Université du Québec

Gilliam, W. S., Ripple, C. H., Zigler, E. F., & Leiter, V. (2000). Evaluating child and family demonstration initiatives: Lessons from the Comprehensive Child Development Program. *Early Childhood Research Quarterly*, 15, 41-59.

Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82, 581-629.

Hartley, J. (2005). Innovation in Governance and public services: Past and present. *Public Money and Management*, 25, 27-34.

Herie, M., & Martin, G.W. (2002). Knowledge diffusion in social work: A new approach to bridging the gap, *Social Work*, 47, 85-95.

Houle, J., Poulin, C., & Van Nieuwenhuyse, H. (2006). *Vers une meilleure continuité des services pour les personnes suicidaires : évaluation d'implantation du protocole MARCO.* Québec : Direction de la santé publique, Agence de la santé et de services sociaux de Montréal.

Institut de la statistique du Québec (2009). *Le Québec chiffres en main. Édition 2009.* Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec.

Katz, E. (1968). Diffusion: interpersonal influence. In D. L. Stills (Éd.), *International Encyclopedia of the Social Sciences* (pp. 178-184). New York: Macmillan/Free Press.

Koch, P., & Hauknes, J. (2005). *On innovation in the public sector* (Publin Report No. D20). Oslo: NIFU STEP – Norwegian research institute for studies in innovation, research, and education.

Landry, R., Becheikh, N., Amara, N., Halilem, N., Jbilou, J., Mosconi, E., & Hammami, H. (2007). *Innovation dans les services publics et parapublics à vocation sociale: Rapport de la revue systématique des écrits.* Canada, Québec: Étude réalisée dans le cadre d'une action concertée financée le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC) en partenariat avec le ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation (MDEIE), le

ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MESS) et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MELS).

Locock, L., Dopson, S., Chambers, D., & Gabbay, J. (2001). Understanding the role of opinion leaders in proving clinical effectiveness. *Social Science and Medicine Journal*, 53, 745-757.

Love, A. (2004). Implementation evaluation. In J. S. Wholey, H. P. Hatry & K. E. Newcomer (Éds.), *Handbook on practical program evaluation* (pp. 63-97). San Fransisco: Ed. John Wiley & Sons.

Miller, W. R., Leckman, A. L., Delaney, H. D., & Tinkcom, M. (1992). Long-term follow-up of behavioural self-control training. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 249-261.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2007). *Unis dans l'action. Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Programme-services Dépendances. Offre de service 2007-2012*. Gouvernement du Québec, La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Mucchielli, A. (2004). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines* (2ème edition). Paris : Armand Colin.

Oldenburg, B. and Parcel, G.S. (2002) Diffusion of innovation. In Glanz, K., Rimer, B.K. and Lewis, F.M. (eds), *Health Behavior and Health Education* (3rd ed., p. 312-334). San Francisco, C.A. : Jossey-Bass.

Orwin, R. G. (2000). Assessing program fidelity in substance abuse health services research. *Addiction* (Supp.3), 95, S309-S327.

Pankratz, M., Hallfors, D., & Cho, H. (2002). Measuring perceptions of innovation adoption : the diffusion of a federal drug prevention policy. Health education Research, 17, 315-326.

Patton, M. Q. (1997). *Utilization-focused evaluation*. Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.

Perlstein, P. H. (2000). Sustaining the implementation of an evidence-based guideline for bronchiolitis. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154, 1001-1007.

Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5ème ed.). New York : FreePress.

Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2004). *Evaluation : a systematic approach, seventh edition*. Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.

Simoneau, H., Landry, M., & Tremblay, J. (2004). *Alcochoix+, manuel du participant.* Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec (RISQ) : Montréal, Québec.

Simoneau, H., Landry, M., & Tremblay, J. (2005). *Alcochoix+, manuel de l'intervenant(e).* Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec (RISQ) : Montréal, Québec.

Simpson, D. D. (2002). A conceptual framework for transferring research to practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22, 171-182.

Tourigny, A., Paradis, M., Bonin, L., Bussières, A., & Durand, P. J. (2002). Évaluation d'implantation d'une expérience novatrice : le réseau intégré de services aux aînés des Bois-Francs. *Santé mentale au Québec*, 27, 109-135.

Wejnert, B. (2002). Integrating models of diffusion of innovations : A conceptual framework. *Annual Review of Sociology*, 28, 297-326.

Werner, A. (2004). *A guide to implementation research.* Washigton : The Urban Institute Press.

West, M.A., Borrill, C.S., Dawson, J.F., Brodbeck, F., Shapiro, D.A., & Haward, B. (2003). Leadership clarity and team innovation in health care. *Leadership Quarterly,* 14, 393-410.

Winter, S. G., & Szulanski, G. (2001). Replication as strategy. *Organization Science*, 12, 730-743.

ANNEXE 7 : EXEMPLES DE FORMULAIRES DE CONSENTEMENT

Note : Puisqu'il s'agit d'une étude multicentrique, ce projet a été soumis à de nombreux comités d'éthique de la recherche. Chacun d'entre eux ayant ses propres exigences, plusieurs versions des formulaires de consentement ont été utilisées. Afin de ne pas alourdir cette annexe, un seul formulaire de consentement par type de participant (intervenant CSSS, personne-ressource CRPAT et agent de promotion) est présenté à titre d'exemple. Ainsi, les intervenants de certains CSSS ont pu compléter un formulaire qui n'est pas tout à fait identique à l'exemple présenté dans cette annexe.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

INTERVENANTS DU PROGRAMME ALCOCHOIX+

Titre de la recherche : ***Évaluation d'implantation du programme Alcochoix+***, une étude subventionnée par le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC).

Chercheur : Louis-Georges Cournoyer, professeur adjoint, Département de Criminologie, Université de Montréal
Co-chercheurs : Hélène Simoneau, chercheur, Centre Dollard-Cormier
Michel Landry, Directeur de la recherche et du développement universitaire, Centre Dollard-Cormier,
Joël Tremblay, Chercheur, Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve et Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches

A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

1. **Objectifs de la recherche**

Les objectifs consistent à vérifier si le profil de la clientèle rejointe correspond à celui de la clientèle cible, si le programme est intégré au réseau de soins et de services du Québec, si l'intervention respecte le canevas du programme «officiel» tant au plan du contenu que des modalités de dispensation du programme (formules autonome, guidée et en groupe), et si la formation reçue facilite la compréhension et l'application du programme. De plus, l'étude vise à identifier les obstacles surmontés ou à surmonter pendant l'implantation et à documenter le contexte régional entourant l'implantation du programme Alcochoix+. Huit régions du Québec (Montréal, Québec, Laval, Chaudière-Appalaches, Laurentides, Abitibi, Mauricie/Centre-du-Québec, Saguenay-Lac-St-Jean) fourniront pendant huit mois les données qui nous permettront d'atteindre les objectifs de l'étude.

2. **Participation à la recherche**

Votre participation comporte les engagements suivants:

- Compléter un questionnaire d'une durée d'environ 20 à 30 minutes traitant de votre expérience avec le programme Alcochoix+ et de votre perception au sujet de l'implantation du programme au niveau régional.
- Participer à un groupe réunissant des intervenants Alcochoix+ de votre région afin de discuter de la formation Alcochoix+ reçue, de l'arrimage entre la première et la deuxième ligne ainsi que des éléments qui ont facilité ou nuit à l'implantation du programme. Cette rencontre aura lieu dans votre région et sera d'une durée d'environ 2½ heures.
- Participer à un groupe qui réunira autant les gestionnaires que les intervenants impliqués dans cette étude afin de commenter les résultats de l'étude. Cette rencontre aura lieu à Montréal ou à Québec et sera d'une durée d'environ 2 heures.
- Ne pas mentionner le nom d'aucun usager lors des discussions.
- Ne pas révéler le contenu des groupes de discussion afin de préserver la confidentialité des intervenants qui participent à l'étude.

Pour toute information ou pour vous retirer du projet de recherche, vous pouvez contacter Louis-Georges Cournoyer, chercheur principal, au (514) 343-7309

- Compléter, pour chaque évaluation, la fiche de l'usager. Selon les régions :
  - Option 1 : La fiche est informatisée : imprimer une copie sans les informations nominatives.
  - Option 2 : La fiche est en version papier : photocopier la fiche en masquant la section des informations nominatives
  - Faire parvenir ces copies à l'équipe de recherche ou les remettre à une personne désignée de votre établissement qui s'en chargera.

3. **Protection de la confidentialité**

Les informations recueillies dans le cadre de cette recherche demeureront strictement confidentielles. Chaque participant à la recherche se verra attribuer un numéro et seul le chercheur principal et la personne déléguée par lui à cet effet auront accès à la liste des participants et des numéros qui leur auront été attribués. Quant aux discussions, elles seront transcrites. À des fins de publication ou de présentation à des congrès scientifiques, seuls les résultats de groupe pourront être rendus publics. Aucune information permettant de vous identifier ne sera divulguée. Les données seront conservées dans un classeur sous clé dans un bureau fermé de l'Université de Montréal. Elles seront détruites 7 ans après la fin du projet.

4. **Diffusion des résultats**

Vous serez convié à une rencontre où seront présentés les résultats. De plus, le rapport sera disponible au Centre québécois de documentation en toxicomanie situé au Centre Dollard-Cormier.

5. **Avantages et inconvénients**

Avantage. En participant à cette recherche, vous aurez l'occasion de donner votre opinion au sujet de l'implantation du programme Alcochoix+. Ces résultats pourront être à l'origine de recommandations afin d'améliorer, le cas échéant, divers aspects de l'implantation du programme. Ces recommandations seront présentées aux autorités compétentes, lors d'une réunion du comité provincial Alcochoix+.

Inconvénient. Par contre, les impressions ou les photocopies de la fiche de l'usager augmenteront un peu votre charge de travail.

La participation à ce projet de recherche n'entraîne pas de risques personnels sinon, la question de la confidentialité. À ce sujet, tel que mentionné dans la section 3, des mesures concrètes seront prises pour préserver la **confidentialité** des réponses.

Pour toute information ou pour vous retirer du projet de recherche, vous pouvez contacter Louis-Georges Cournoyer, chercheur principal, au (514) 343-7309

6. **Liberté de participation et droit de retrait**

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer, sans avoir à donner de raisons et sans risque de subir de préjudice. Vous êtes également libre de cesser votre participation à tout moment. Cependant, une fois les données cumulées, il sera impossible de vous retirer compte tenu que les données permettant de vous identifier auront été détruites.

7. **Compensation et dépenses**

Le temps de remplacement ainsi que les frais de déplacement lors des rencontres préparatoires, groupes de discussion et d’interprétation des résultats seront remboursés à votre employeur.

8. **Personne-ressource**

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l’ombudsman de l’Université de Montréal, au numéro de téléphone (514)-343-2100 ou à l’adresse courriel ombudsman@umontreal.ca (**l’ombudsman accepte les appels à frais virés**).

B) CONSENTEMENT

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que je suis libre de participer au projet et que je demeure libre de m’en retirer en tout temps, par avis verbal, sans préjudice. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision. Je recevrai une copie signée et datée du présent formulaire. Je, soussigné(e), consens à participer à ce projet.

____________________________ ____________________________
No de téléphone (travail) Courriel

____________________________ ____________________________
Nom de l’intervenant Signature de l'intervenant(e)

____________________________ ______________
Signature du témoin Date

Pour toute information ou pour vous retirer du projet de recherche, vous pouvez contacter Louis-Georges Cournoyer, chercheur principal, au (514) 343-7309

Engagement du chercheur

Je certifie a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement ; b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard ; c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation dans le projet ; et d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

_________________________ ___________________

Nom du chercheur ou du représentant autorisé — Fonction

_________________________ ____________

Signature — Date

Le formulaire sera inséré au dossier de la recherche. Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le comité d'éthique de la recherche le 28 juin 2007.

Version du 27 juin 2007

Pour toute information ou pour vous retirer du projet de recherche, vous pouvez contacter Louis-Georges Cournoyer, chercheur principal, au (514) 343-7309

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

PERSONNE-RESSOURCE DES CRPAT

Titre de la recherche : ***Évaluation d'implantation du programme Alcochoix+***, une étude subventionnée par le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC).

Chercheur : Louis-Georges Cournoyer, professeur adjoint, Département de Criminologie, Université de Montréal
Co-chercheurs : Hélène Simoneau, chercheur, Centre Dollard-Cormier
Michel Landry, Directeur de la recherche et du développement universitaire, Centre Dollard-Cormier,
Joël Tremblay, Chercheur, Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve et Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches

A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

1. **Objectifs de la recherche**
Les objectifs consistent à vérifier si le profil de la clientèle rejointe correspond à celui de la clientèle cible, si le programme est intégré au réseau de soins et de services du Québec, si l'intervention respecte le canevas du programme «officiel» tant au plan du contenu que des modalités de dispensation du programme (formules autonome, guidée et en groupe), et si la formation reçue facilite la compréhension et l'application du programme. De plus, l'étude vise à identifier les obstacles surmontés ou à surmonter pendant l'implantation et à documenter le contexte régional entourant l'implantation du programme Alcochoix+. Huit régions du Québec (Montréal, Québec, Laval, Chaudières-Appalache, Abitibi, Mauricie-Centre-du-Québec, Saguenay et Laurentides) fourniront pendant huit mois les données qui nous permettront d'atteindre les objectifs de l'étude.

2. **Participation à la recherche**

Votre participation comporte les engagements suivants:

- Participer à un groupe réunissant des personnes-ressources provenant des CRPAT afin de discuter du rôle des personnes-ressources, de la formation Alcochoix+ reçue, de l'arrimage entre la première et la deuxième ligne ainsi que des éléments qui ont facilité ou nuit à l'implantation du programme. Cette rencontre sera d'une durée d'environ 2 heures.
- Participer à un groupe qui réunira autant les gestionnaires que les intervenants impliqués dans cette étude afin de commenter les résultats de l'étude. Cette rencontre aura lieu à Montréal ou à Québec et sera d'une durée d'environ 2 heures.
- Ne mentionner le nom d'aucun usager lors des discussions.

3. **Protection de la confidentialité**

Pour toute information ou pour vous retirer du projet de recherche, vous pouvez contacter Louis-Georges Cournoyer, chercheur principal, au (514) 343-7309

Les informations accumulées dans le cadre de cette recherche demeureront strictement confidentielles. Les discussions seront transcrites et les enregistrements seront détruits. À des fins de publication ou de présentation à des congrès scientifiques, seuls les résultats de groupe pourront être rendus publics. Aucune information permettant de vous identifier ne sera divulguée. Les données seront conservées dans un classeur sous clé dans un bureau fermé de l'Université de Montréal. Elles seront détruites 7 ans après la fin du projet.

4. **Diffusion des résultats**

Vous serez convié à une rencontre où seront présentés les résultats. De plus, le rapport sera disponible au Centre québécois de documentation en toxicomanie situé au Centre Dollard-Cormier.

5. **Avantages et inconvénients**

En participant à cette recherche, vous aurez l'occasion de donner votre opinion au sujet de l'implantation du programme Alcochoix+. Ces résultats pourront être à l'origine de recommandations afin d'améliorer, le cas échéant, divers aspects de l'implantation du programme. Ces recommandations seront présentées aux autorités compétentes, lors d'une réunion du comité provincial Alcochoix+.

La participation à ce projet de recherche n'entraîne pas de risques personnels sinon, la question de la confidentialité. À ce sujet, tel que mentionné dans la section 3, des mesures concrètes seront prises pour préserver la **confidentialité** des réponses.

6. **Liberté de participation et droit de retrait**

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer, sans avoir à donner de raisons et sans risque de subir de préjudice. Vous êtes également libre de cesser votre participation à tout moment. Cependant, une fois les données, cumulées, il sera impossible de vous retirer étant donné que les données permettant de vous identifier auront été détruites.

7. **Compensation et dépenses**

Le temps de remplacement ainsi que les frais de déplacement lors des groupes de discussion et d'interprétation des résultats seront remboursés à votre employeur.

8. **Personnes-ressources**

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514)-343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca (**l'ombudsman accepte les appels à frais virés**).

Pour toute information ou pour vous retirer du projet de recherche, vous pouvez contacter Louis-Georges Cournoyer, chercheur principal, au (514) 343-7309

B) CONSENTEMENT

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que je suis libre de participer au projet et que je demeure libre de m'en retirer en tout temps, par avis verbal, sans préjudice (ou sans que cela n'affecte la qualité des traitements, des soins futurs et des rapports avec mon médecin traitant). Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision. Je recevrai une copie signée et datée du présent formulaire. Je, soussigné(e), consens à participer à ce projet.

______________________________ ________________________

No de téléphone (travail) Courriel

__________________________________ ____________________________

Nom de l'intervenant Signature de l'intervenant(e)

__________________________________ ______________

Signature du témoin Date

Engagement du chercheur

Je certifie a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement ; b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard ; c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation dans le projet ; et d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

__________________________ __________________

Nom du chercheur ou du représentant autorisé Fonction

__________________________ ____________

Signature Date

Le formulaire sera inséré au dossier de la recherche. Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le comité d'éthique de la recherche en toxicomanie, le 28 juin 2007.

Version du 26/06/07

Pour toute information ou pour vous retirer du projet de recherche, vous pouvez contacter Louis-Georges Cournoyer, chercheur principal, au (514) 343-7309

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

INTERVENANTS RESPONSABLES DE LA PROMOTION DU PROGRAMME ALCOCHOIX+

Titre de la recherche : ***Évaluation d'implantation du programme Alcochoix+***, une étude subventionnée par le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC).

Chercheur : Louis-Georges Cournoyer, professeur adjoint, Département de Criminologie, Université de Montréal
Co-chercheurs : Hélène Simoneau, chercheur, Centre Dollard-Cormier
Michel Landry, Directeur de la recherche et du développement universitaire, Centre Dollard-Cormier,
Joël Tremblay, Chercheur, Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve et Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches

A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

1. **Objectifs de la recherche**

Les objectifs consistent à vérifier si le profil de la clientèle rejointe correspond à celui de la clientèle cible, si le programme est intégré au réseau de soins et de services du Québec, si l'intervention respecte le canevas du programme «officiel» tant au plan du contenu que des modalités de dispensation du programme (formules autonome, guidée et en groupe), et si la formation reçue facilite la compréhension et l'application du programme. De plus, l'étude vise à identifier les obstacles surmontés ou à surmonter pendant l'implantation et à documenter le contexte régional entourant l'implantation du programme Alcochoix+. Huit régions du Québec (Montréal, Québec, Laval, Chaudière-Appalaches, Laurentides, Abitibi, Mauricie/Centre-du-Québec, Saguenay-Lac-St-Jean) fourniront pendant huit mois les données qui nous permettront d'atteindre les objectifs de l'étude.

2. **Participation à la recherche**

Votre participation comporte les engagements suivants:

- Participer à un groupe réunissant des intervenants Alcochoix+ de votre région afin de discuter de la formation Alcochoix+ reçue, de l'arrimage entre la première et la deuxième ligne ainsi que des éléments qui ont facilité ou nuit à l'implantation du programme. Cette rencontre aura lieu dans votre région et sera d'une durée d'environ 2½ heures. La conversation sera enregistrée afin de ne pas perdre aucun de vos précieux commentaires. Aucun nom n'apparaîtra dans le rapport final.
- Participer à un groupe qui réunira autant les gestionnaires que les intervenants impliqués dans cette étude afin de commenter les résultats de l'étude. Cette rencontre aura lieu à Montréal ou à Québec et sera d'une durée d'environ 2 heures.
- Ne pas mentionner le nom d'aucun usager lors des discussions.
- Ne pas révéler le contenu des groupes de discussion afin de préserver la confidentialité des intervenants qui participent à l'étude.

3. **Protection partielle de la confidentialité**

Quant aux discussions, elles seront transcrites. À des fins de publication ou de présentation à des congrès scientifiques, seuls les résultats de groupe pourront être rendus publics.

Pour toute information ou pour vous retirer du projet de recherche, vous pouvez contacter Louis-Georges Cournoyer, chercheur principal, au (514) 343-7309

Puisqu'il n'y a que deux intervenants qui sont dans votre situation, c'est-à-dire qui font la promotion du programme Alcochoix+ sans avoir reçu la formation Alcochoix+, il est probable que certains individus vous reconnaissent et y associent vos propos même si nous ne dévoilerons pas votre identité. Les données seront conservées dans un classeur sous clé dans un bureau fermé de l'Université de Montréal. Elles seront détruites 7 ans après la fin du projet.

4. **Diffusion des résultats**

Vous serez convié à une rencontre où seront présentés les résultats. De plus, le rapport sera disponible au Centre québécois de documentation en toxicomanie situé au Centre Dollard-Cormier.

5. **Avantages et inconvénients**

Avantage. En participant à cette recherche, vous aurez l'occasion de donner votre opinion au sujet de l'implantation du programme Alcochoix+. Ces résultats pourront être à l'origine de recommandations afin d'améliorer, le cas échéant, divers aspects de l'implantation du programme. Ces recommandations seront présentées aux autorités compétentes, lors d'une réunion du comité provincial Alcochoix+.

Inconvénient. La participation à ce projet de recherche n'entraîne pas de risques personnels sinon, la question de la confidentialité. À ce sujet, tel que mentionné dans la section 3, des mesures concrètes seront prises pour préserver la **confidentialité** des réponses.

6. **Liberté de participation et droit de retrait**

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer, sans avoir à donner de raisons et sans risque de subir de préjudice. Vous êtes également libre de cesser votre participation à tout moment. Cependant, une fois les échanges de groupes de discussion retranscrits, il sera impossible de retracer vos propos pour les retirer.

7. **Compensation et dépenses**

Le temps de remplacement ainsi que les frais de déplacement lors des rencontres préparatoires, groupes de discussion et d'interprétation des résultats seront remboursés à votre employeur.

8. **Personne-ressource**

Pour toute information ou pour vous retirer du projet de recherche, vous pouvez contacter Louis-Georges Cournoyer, chercheur principal, au (514) 343-7309

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514)-343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca (**l'ombudsman accepte les appels à frais virés**).

B) CONSENTEMENT

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que je suis libre de participer au projet et que je demeure libre de m'en retirer en tout temps, par avis verbal, sans préjudice. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision. Je recevrai une copie signée et datée du présent formulaire. Je, soussigné(e), consens à participer à ce projet.

_____________________________ _________________________

No de téléphone (travail) Courriel

_________________________________ ___________________________

Nom de l'intervenant Signature de l'intervenant(e)

_________________________________ _____________

Signature du témoin Date

Engagement du chercheur

Je certifie a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement ; b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard ; c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation dans le projet ; et d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

__________________________ __________________

Nom du chercheur ou du représentant autorisé Fonction

__________________________ ____________

Signature Date

Le formulaire sera inséré au dossier de la recherche. Le projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche en toxicomanie le 28 juin 2007.

Version du 07 juillet 2008

Pour toute information ou pour vous retirer du projet de recherche, vous pouvez contacter Louis-Georges Cournoyer, chercheur principal, au (514) 343-7309

ANNEXE 8 : AVIS ÉTHIQUE DU GROUPE DE PRÉSENTATION DES RÉSULTAT

Projet d'implantation du programme Alcochoix+

Groupe de présentation des résultats
Montréal, 3 décembre 2008
ET
Québec, 12 décembre 2008*

* Il est à noter que lors de la rencontre à Québec, des problèmes techniques ont empêché l'enregistrement sur DVD de la conférence. Seule la deuxième partie de cet avis a donc été lue aux participants.

Nous voudrions vous aviser que la présente conférence sera enregistrée sur DVD. L'enregistrement sera détruit immédiatement après sa transcription. Si vous éprouvez un quelconque malaise face à ce procédé, nous vous invitons à l'exprimer à tout moment au cours de la conférence.

Vous serez également conviés à répondre à un questionnaire sur une base volontaire. Ce questionnaire est anonyme, c'est-à-dire qu'aucune information recueillie ne nous permettra de vous identifier.

ANNEXE 9 : QUESTIONNAIRES ET CANEVAS DES GROUPES DISCUSSION ET DE L’ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE

Fiche de l'usager

Nom ________________________________ Prénom _________________ No dossier ________

Adresse ____

Ville ____ Code postal _________________

Tél. (rés.): ___________________________ Tél. (tr.): __________________________________

Numéro d'assurance maladie: _______________________________Exp. ___________________

Sexe ______________

Âge ______________

Scolarité complétée:

☐ entre 0 et 6 années (primaire)

☐ entre 7 et 9 années (1er à 3ème secondaire)

☐ entre 10 et 12 années (4 ème ou 5 ème secondaire)

☐ entre 13 et 15 années (collégial)

☐ plus de 15 années (universitaire)

CLSC ______________________________

Interviewer __________________________

Date de l'évaluation ___________________

Comment avez-vous entendu parler du programme Alcochoix+?

☐ journaux

☐ radio, télévision, internet

☐ affiche, dépliant

☐ parent ou ami

☐ autres services du CLSC

☐ médecin (ailleurs qu'au CLSC)

☐ autre: précisez __________________________

Temps écoulé entre le moment où vous avez entendu parler du programme pour la première fois et le moment où vous avez appelé _______________

Temps écoulé entre le moment où vous avez appelé au programme et l'évaluation ____________

DÉBA-alcool
Fréquence de consommation d'**alcool**:

- ☐ jamais
- ☐ moins d'une fois par mois
- ☐ 1 à 3 fois par mois
- ☐ 1 ou 2 fois par semaine
- ☐ 3 fois et plus par semaine

Nombre de consommations lors d'une semaine typique: _________
Nombre d'épisodes de forte consommation au cours de la dernière année: __________
Score au QDBA: ________

DÉBA-drogues

☐ Pas fait car l'usager n'a consommé aucune drogue au cours de la dernière année.

☐ Pas fait pour d'autres motifs: (Précisez):____

Fréquence de consommation de **médicaments sédatifs**:

- ☐ jamais
- ☐ moins d'une fois par mois
- ☐ 1 à 3 fois par mois
- ☐ 1 ou 2 fois par semaine
- ☐ 3 fois et plus par semaine

Fréquence de consommation de **cannabis**:

- ☐ jamais
- ☐ moins d'une fois par mois
- ☐ 1 à 3 fois par mois
- ☐ 1 ou 2 fois par semaine
- ☐ 3 fois et plus par semaine

Fréquence de consommation de **cocaïne**: (Précisez le mode d'administration) _______________

- ☐ jamais
- ☐ moins d'une fois par mois
- ☐ 1 à 3 fois par mois
- ☐ 1 ou 2 fois par semaine
- ☐ 3 fois et plus par semaine

Autres drogues (Précisez) ____________________ Fréquence _______________________

Score à l'ÉSD: ___________ Pour quelle substance? _______________________________

Admission au programme

- ☐ oui
- ☐ non (Cochez le motif)
  - ☐ consommation d'alcool trop élevée
  - ☐ consommation de médicaments prescrits ou drogues
    Produit(s): ___________________ Fréquence: ____________________
  - ☐ raison médicale
  - ☐ grossesse
  - ☐ crise dans la vie personnelle (Précisez) ___________________________
  - ☐ problème de santé mentale (Précisez) ____________________________
  - ☐ autre (Précisez): ____
- ☐ réorienté vers: ____

Formule choisie

Formule	Nombre de rencontres
☐ autonome	
☐ groupe	
☐ dirigée	2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

L'usager a obtenu la formule de son choix:

- ☐ oui
- ☐ non (Précisez le motif): ____

CONSIGNES

Questionnaire des intervenants

A. Veuillez compléter ce questionnaire et le retourner à :

Marie-Eve Demers, DRDU
950, rue de Louvain Est
Montréal (Québec)
H2M 2E8

Entre le ________________et le ________________ .

B. S.V.P. répondre à toutes les questions ou mentionner N.A. (ne s'applique pas) ou NSP (ne sait pas). Ne laissez pas d'espace libre sans mention N.A. ou NSP.

C. Vous trouverez sur cette feuille, des explications visant à éclaircir l'ensemble des questions. Pour chaque question, vous trouverez la façon appropriée d'y répondre. Si un doute persiste, vous pouvez communiquer avec :

Marie-Eve Demers
Téléphone : (514) 385-0046 poste 1115
Courriel : risq.cirasst@ssss.gouv.qc.ca

1. Indiquez la région où se trouve le **lieu de travail** où vous offrez le programme Alcochoix+.
2. Ne pas compter le nombre d'années où vous avez donné l'ancien programme L'Alcochoix.
3. Encerclez une seule réponse pour chacun des trois énoncés (total : 3 réponses)
4. Une seule réponse
5. Une seule réponse
6. Une seule réponse
7. Cochez toutes les situations qui s'appliquent.
8. Si vous cochez non, inscrire le nombre maximal de rencontres individuelles qui sont autorisées par votre établissement.
9. Si dans votre établissement le programme est offert à des moments prédéfinis, précisez (ex. : offert deux fois par an suite à une publicité dans les journaux locaux).
10. Si vous avez référé plus d'un usager au centre de réadaptation, décrivez le processus habituel. Si vous désirez nous faire part d'une situation exceptionnelle, faites-le en mentionnant qu'il s'agit d'une exception.
11. Si vous ne connaissez pas les chiffres exacts, écrivez «environ» avant le nombre ou le pourcentage. Si vous n'acceptez pas l'usager au programme Alcochoix+ sans le référer ailleurs, considérez cette situation comme une fin de services à moins que vous ne posiez une action autre pour aider l'usager. Dans ce cas, indiquez-le dans «autres».
12. Certains centres de réadaptation ont nommé une personne responsable du programme Alcochoix+ afin d'aider les intervenants de première ligne. Mentionnez si c'est le cas dans votre région, si vous avez fait appel à cette personne et le niveau de satisfaction envers ses services.

13. Il s'agit ici d'un intervenant de CLSC qui donne ou a déjà donné le programme Alcochoix+. Cette personne peut aider dans l'application, les questions de type «terrain» du programme.
14. Si, en tout temps, vous désirez proposer un exercice et en discuter directement avec l'auteur, n'hésitez pas à le faire. (Hélène Simoneau, (514) 385-0046 poste 2109) Remplissez tout de même cette section du questionnaire.
15. Exemples de contenu qui ne proviennent pas directement du programme : tables d'alcoolémie fournies par certains centres de réadaptation, exercices suggérés par certains sites web, textes à lire en plus du guide des usagers, etc…
16. Encerclez une réponse pour chaque élément de contenu. Si vous ne comprenez pas à quoi correspondent certains éléments, ils ont tous décrits dans les pages 61 à 68 du manuel de l'intervenant-e.
17. Mentionner les facteurs de toute nature : ressources matérielles, humaines, contexte politique, historique, etc.
18. idem 16
19. Indiquez ici tout autre commentaire qui vous semble pertinent.

Date _______________ Code ______

QUESTIONNAIRE DES INTERVENANTS

1. Votre région: ____

2. Depuis combien de temps offrez-vous le programme **Alcochoix+**? _____________________

3. Jusqu'à quel point croyez-vous à l'objectif de boire contrôlé?

	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Totalement d'accord
A. Je crois que la meilleure solution pour toute personne ayant un problème d'alcool demeure l'abstinence car le boire contrôlé est très difficile à maintenir à long terme.	1	2	3	4
B. Le boire contrôlé est un objectif pertinent pourvu qu'il s'adresse à une clientèle ciblée (des personnes qui n'ont pas de dépendance à l'alcool et qui ont une stabilité sociale et psychologique).	1	2	3	4
C. Le boire contrôlé est un objectif pertinent pour toute personne ayant un problème d'alcool peu importe la gravité du problème.	1	2	3	4

4. Comment s'est passé votre intégration au programme Alcochoix+?

☐ On ne m'a pas demandé mon avis et j'y suis parce que mon supérieur l'exige.
☐ On m'a consulté mais je sentais beaucoup de pression à accepter l'offre.
☐ On m'a consulté et j'étais vraiment intéressé(e) par le programme.

5. Votre rôle d'intervenant au programme Alcochoix+ est-il une source de satisfaction professionnelle?

☐ pas du tout
☐ un peu
☐ moyennement
☐ beaucoup
☐ extrêmement

6. Quelle est votre disposition actuelle envers l'approche d'intervention du programme Alcochoix+?

 Très sceptique
 Plutôt sceptique
 Neutre
 Plutôt enthousiaste
 Très enthousiaste

7. Identifiez **toutes** les formules du programme Alcochoix+ offertes au cours des douze derniers mois dans votre établissement.

 Autonome
 Guidée
 Groupe

8. Dans votre établissement, est-il possible d'adapter le nombre de rencontres individuelles aux besoins ou au choix de l'usager (entre 2 à 6 rencontres)?

 oui
 non, il y a un maximum de __ rencontres possibles (inscrire le nombre de rencontres)

9. Dans votre établissement, le programme Alcochoix+ est-il offert sur une base continue ou à des moments prédéfinis (ex.: une session d'évaluation au printemps, une à l'été et une à l'automne)?

 sur une base continue (le programme est accessible tout au cours de l'année)
 à des moments définis (précisez lesquels) ____

____

____

10. Dans le cadre du programme Alcochoix+, vous est-il arrivé de référer un usager à un centre de réadaptation? Si oui, comment cela s'est-il passé? (ex.: clarté des critères d'admissibilité du centre, simplicité de la procédure d'orientation, accessibilité)

 non
 oui, ____

____

____

____

____

____

11. Parmi les usagers non admissibles que vous avez évalués, combien ont refusé d'être référés en deuxième ligne malgré les résultats de l'évaluation? _______________

Qu'avez-vous fait?

_________ % accepté dans Alcochoix+ en les informant du défi important à relever,

_________ % de fin de service

_________ % autres (Précisez) ____

12. Y a-t-il une personne-ressource que vous pouvez contacter au **centre de réadaptation** de votre région (ex.: pour discussion de cas cliniques, orientation en deuxième ligne, etc.)?

☐ oui

☐ non

Avez-vous eu recours à ses services? Pourquoi?

☐ oui ____

☐ non ____

Si oui, êtes-vous satisfait? Pourquoi?

☐ oui ____

____

____

☐ non ____

____

____

13. Y a-t-il un-e intervenant-e Alcochoix+ **(CSSS)** qui agit comme personne-ressource dans votre région?

☐ oui

☐ non

Avez-vous eu recours à ses services? Pourquoi?

☐ oui ____

☐ non ____

Si oui, êtes-vous satisfait? Pourquoi?

☐ oui ____

____

____

☐ non ____

____

____

14. Certains intervenants particulièrement créatifs ont conçu des exercices intéressants qui ont été intégrés au programme Alcochoix+.

Dans le cadre des rencontres Alcochoix+, utilisez-vous des exercices ou du matériel didactique que vous avez créé ou découvert à l'extérieur du programme?

☐ oui
☐ non

Si oui, décrivez-les. (Utilisez une feuille supplémentaire au besoin) _____________________

____

____

____

____

____

____

15. Quelle est la proportion du contenu de vos rencontres Alcochoix+ qui provient directement du programme (manuel de l'intervenant et formation Alcochoix+) par rapport au contenu d'autres origines (votre création, lectures diverses, autres programmes, etc.)?

a) 100% Alcochoix+
b) Entre 90 et 99% Alcochoix+ et entre 1 et 10% d'autres origines
c) Entre 75 et 90% Alcochoix+ et entre 10 et 25% d'autres origines
d) Entre 60 et 75% Alcochoix+ et entre 25 et 40% d'autres origines
e) Entre 40 et 60% Alcochoix+ et entre 40 et 60% d'autres origines
f) Moins de 40% Alcochoix+ et plus de 60% d'autres origines

16. Lors des **rencontres individuelles**, il arrive que le temps prévu soit insuffisant pour présenter l'ensemble des éléments proposés dans le manuel de l'intervenant-e. De plus, certains intervenants préfèrent passer plus de temps sur certains exercices et laisser l'usager explorer par lui-même d'autres aspects.

Compte tenu de ces facteurs, à quelle fréquence abordez-vous le contenu suivant avec l'usager?

	Jamais	Parfois	La plupart du temps	Toujours
Première rencontre				
Présentation du programme	1	2	3	4
Attentes des participants	1	2	3	4
Détermination du nombre de rencontres	1	2	3	4
Utilisation du guide	1	2	3	4
Exercice sur la consommation standard	1	2	3	4
Consignes pour noter les consommations	1	2	3	4
Suggestion de pause sans alcool	1	2	3	4
Balance décisionnelle	1	2	3	4
Conclusions	1	2	3	4
	Jamais	Parfois	La plupart du temps	Toujours
Deuxième rencontre				
Retour général sur les dernières semaines	1	2	3	4
Retour sur les exercices des phases précédentes	1	2	3	4
Retour sur le défi sans alcool	1	2	3	4
Discussion au sujet des objectifs	1	2	3	4
Utilisation des stratégies et des situations à risque	1	2	3	4
Information sur la suite	1	2	3	4
Conclusions	1	2	3	4

17. Selon vous, quels sont les facteurs qui ont facilité l'implantation du programme Alcochoix+

A) dans votre établissement? ____

B) au niveau régional? ____

18. Quels sont les obstacles que vous avez rencontrés lors de l'implantation du programme Alcochoix+

A) dans votre établissement? ____

____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____

B) au niveau régional? ____

____
____
____
____
____
____
____
____
____
____
____

19. Autres commentaires ____

____

____

____

____

____

____

____

____

Merci!

GROUPES DE DISCUSSION (intervenants des CSSS)

Intro
Bonjour tout le monde. Je voudrais tout d'abord vous remercier d'avoir accepté de partager avec nous votre expérience avec le programme Alcochoix+.

Mon nom est ________________ et j'ai été embauché par le RISQ pour participer à l'évaluation d'implantation du programme. Louis-Georges Cournoyer est le chercheur principal de la recherche, nous co-animerons cette rencontre. Ce dernier n'a aucun lien avec l'équipe de concepteurs du programme, il apporte une vision externe à l'évaluation. Vous pouvez donc vous sentir à l'aise d'exprimer des critiques sans crainte de blesser ou décevoir qui que ce soit.

Cet après-midi, nous allons discuter des points forts et des points faibles au niveau de l'implantation du programme. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, ce qui est important c'est votre vécu avec le programme : vos opinions, vos impressions, vos commentaires. Peu importe le nombre d'années d'expérience que vous avez avec le programme, nous souhaitons obtenir les opinions de chacun d'entre vous. N'oubliez pas nous désirons **évaluer** l'implantation.

Avant de commencer, j'aimerais vous rappeler quelques consignes de base pour le bon fonctionnement du groupe. Évidemment, parler une seule personne à la fois et parler assez fort pour que tout le monde vous entende. La conversation sera enregistrée afin de ne pas perdre aucun de vos précieux commentaires mais le tout demeurera confidentiel. Aucun nom n'apparaîtra dans le rapport final. Je vous rappelle de ne pas mentionner le nom d'aucun usager pour préserver leur confidentialité. Je vous invite aussi à ne pas dévoiler le contenu des discussions de cet après-midi afin de préserver la confidentialité des intervenants qui participent à l'étude.

Mon rôle consiste à poser les questions et à écouter. Je ne participerai pas à la discussion comme telle. Sentez-vous bien à l'aise de vous exprimer et de commenter les interventions des autres participants. C'est sûr, il y a des gens qui s'expriment plus facilement que d'autres. Comme nous désirons vous entendre tous, il est possible que je pose des questions directement à ceux qui parlent moins.

QUESTIONS

1. On pourrait commencer par se présenter : dites votre nom, le nom de l'établissement où vous travaillez ainsi que les circonstances qui vous ont amené à Alcochoix+.

2. Parlez nous de votre expérience avec Alcochoix+ : combien de fois l'avez-vous donné? En groupe ou en individuel? Quelle est votre impression générale sur le programme?

3. Parlez nous de la formation reçue. En quoi a-t-elle été satisfaisante? En quoi auriez-vous préféré que ce soit différent? À la fin de la deuxième journée de formation, vous sentiez-vous suffisamment outillé pour appliquer le programme? Que vous manquait-il?

4. Avez-vous eu recours aux personnes-ressources (formateurs) après la formation? Si oui, comment qualifieriez-vous les services reçus en termes de disponibilité et de qualité? Si vous n'avez pas utilisé ces services, pourquoi?

5. Comment le soutien offert par la deuxième ligne (CRPAT) de votre région influence-t-il votre travail? (aidant ou peu utile, rassurant ou stressant? Comment la présence d'une personne-ressource au CRPAT influence-t-elle l'arrimage avec la deuxième ligne (ex. : facilité de référer)?

6. Parlons maintenant des gens non admissibles selon les critères du programme Alcochoix+. Quels sont vos balises pour accepter une personne officiellement non admissible? Qui acceptez-vous? (des gens qui boivent trop, qui prennent aussi une autre substance, etc.). Modifiez-vous le programme pour qu'il soit plus adapté à la situation de ces personnes? Comment?

7. Nommez moi d'autres situations ou clientèles qui vous amènent à modifier le programme? (ex. : «binge drinkers»). Quels sont les changements apportés? Outre ces situations particulières, quels changements au programme (ajouts ou retraits) effectuez-vous sur une base régulière?

8. Dans votre région, y a-t-il des occasions officielles d'échanger avec les autres intervenants Alcochoix+? (ex. : table régionale). Si oui, à quelle fréquence ces rencontres ont-elles lieu? Qui y participe? Le représentant du CRPAT y est-il présent? Qu'est-ce que ces rencontres vous apportent (ou que croyez-vous qu'elles vous apporteraient) ?

9. Maintenant, nous allons élargir la discussion pour traiter de l'implantation du programme. Selon vous, quels sont les facteurs qui ont facilité l'implantation du programme Alcochoix+ dans votre établissement? Au niveau régional?

10. Quels sont les obstacles que vous avez rencontrés lors de l'implantation du programme dans votre établissement? Au niveau régional? Quels sont ceux qui persistent? Qu'est-ce qui pourrait vous aider à les surmonter?

11. A-t-on oublié quelque chose? Y a-t-il des points que vous voudriez ajouter?

Merci à tous ! Ce fut très enrichissant. Nous vous contacterons pour vous inviter au dévoilement des résultats bruts de l'étude. Au revoir!

GROUPES DE DISCUSSION (intervenants des CRPAT)

Intro

Bonjour tout le monde. Je voudrais tout d'abord vous remercier d'avoir accepté de partagé avec nous votre expérience avec le programme Alcochoix+.

Mon nom est ________________ et j'ai été embauché par le RISQ pour participer à l'évaluation d'implantation du programme. Louis-Georges Cournoyer est le chercheur principal de la recherche, nous co-animerons cette rencontre. Ce dernier n'a aucun lien avec l'équipe de concepteurs du programme, il apporte une vision externe à l'évaluation. Vous pouvez donc vous sentir à l'aise d'exprimer des critiques sans crainte de blesser ou décevoir qui que ce soit.

Cet après-midi, nous allons discuter des points forts et des points faibles au niveau de l'implantation du programme. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, ce qui est important c'est votre vécu avec le programme : vos opinions, vos impressions, vos commentaires. Peu importe le nombre d'années d'expérience que vous avez avec le programme, nous souhaitons obtenir les opinions de chacun d'entre vous. N'oubliez pas nous désirons **évaluer** l'implantation.

Avant de commencer, j'aimerais vous rappeler quelques consignes de base pour le bon fonctionnement du groupe. Évidemment, parler une seule personne à la fois et parler assez fort pour que tout le monde vous entende. La conversation sera enregistrée afin de ne pas perdre aucun de vos précieux commentaires mais le tout demeurera confidentiel. Aucun nom n'apparaîtra dans le rapport final. Je vous rappelle de ne pas mentionner le nom d'aucun usager pour préserver leur confidentialité. Je vous invite aussi à ne pas dévoiler le contenu des discussions de cet après-midi afin de préserver la confidentialité des intervenants qui participent à l'étude.

Mon rôle consiste à poser les questions et à écouter. Je ne participerai pas à la discussion comme telle. Sentez-vous bien à l'aise de vous exprimer et de commenter les interventions des autres participants. C'est sûr, il y a des gens qui s'expriment plus facilement que d'autres. Comme nous désirons vous entendre tous, il est possible que je pose des questions directement à ceux qui parlent moins.

QUESTIONS

1. On pourrait commencer par se présenter : dites votre nom, le nom de l'établissement où vous travaillez ainsi que les circonstances qui vous ont amené à Alcochoix+.

2. Parlez nous de votre expérience avec Alcochoix+. Quelle est votre impression générale sur le programme?

3. Que pensez-vous du soutien offert par la deuxième ligne (CRPAT) aux intervenants Alcochoix+? (aidant ou peu utile, rassurant ou stressant)? Comment la présence d'une personne-ressource au CRPAT influence-t-elle l'arrimage entre la première et la deuxième ligne (ex. : facilité de référer)?

4. Dans votre région, fait-on régulièrement appel à vos services? Comment cela se passe-t-il habituellement? (ex. : l'intervenant appelle au besoin, il y a des rencontres à dates fixes prévues à cette fin). Considérez-vous que les intervenants utilisent adéquatement vos services? (fréquence, type de services demandés, etc.)

5. Selon vous, quel devrait être le rôle des intervenants de CRPAT? (Préciser à l'aide de tâches concrètes). Ces tâches correspondent-elles à ce que vous faites présentement? Si non, en quoi diffèrent-elles? Croyez-vous que vous pourriez offrir autre chose aux intervenants Alcochoix+. Si oui, quoi?

6. Y a-t-il des occasions officielles d'échanger avec les intervenants Alcochoix+? (ex. : table régionale). Si oui, à quelle fréquence ces rencontres ont-elles lieu? Qui y participe? Qu'est-ce que ces rencontres vous apportent (ou que croyez-vous qu'elles vous apporteraient) ?

7. Qu'est-ce vous aimez dans ce rôle de soutien aux intervenants Alcochoix+? Qu'est-ce qui vous plaît moins? Comment pourrait-on améliorer ces éléments?

8. Maintenant, nous allons élargir la discussion pour traiter de l'implantation du programme. Selon vous, quels sont les facteurs qui ont facilité l'implantation du programme Alcochoix+ dans votre région?

9. Quels sont les obstacles que vous avez rencontrés lors de l'implantation du programme? Quels sont ceux qui persistent? Qu'est-ce qui pourrait vous aider à les surmonter?

10. A-t-on oublié quelque chose? Y a-t-il des points que vous voudriez ajouter?

Merci à tous ! Ce fut très enrichissant. Nous vous contacterons pour vous inviter au dévoilement des résultats bruts de l'étude. Au revoir!

LISTE DE QUESTIONS À POSER AUX RESPONSABLES RÉGIONAUX
(évaluation d'implantation du programme Alcochoix+)

Introduction : Bonjour, mon nom est ___________________________. Je suis agent de recherche pour l'étude d'implantation du programme Alcochoix+. Comme convenu lors de la lettre qui vous a été envoyée par ______________________ (ou lors d'une conversation téléphonique avec _______________________), je vous appelle aujourd'hui pour vous poser des questions au sujet du contexte historique entourant l'implantation du programme Alcochoix+ dans votre région. Cette entrevue devrait durer environ 15 minutes. Est-ce que cela vous convient?

Je dois vous informer que notre conversation est enregistrée afin que vos propos soient rapportés le plus justement possible et que je puisse être à l'écoute sans avoir à vous couper régulièrement pour prendre des notes. Est-ce que cela vous convient?

S'ASSURER QUE L'ENREGISTREMENT FONCTIONNE

1. Parlez-moi de votre expérience avec Alcochoix dans la région. L'ancien programme L'Alcochoix y était-il offert? _________
   Depuis quand? _____________
   Était-il bien implanté? (était-il encore offert lorsqu'est arrivé Alcochoix+?, ____
   Était-il offert sur une base régulière ou occasionnellement? _____________
   Quelles formules étaient offertes (autonome, groupe, dirigée)? ___________
   Combien de CLSC l'offraient dans la région?____________________
   Quelle a été la réponse régionale à ce programme?
   - par la population ________________
   - par les intervenants ________________
   - par les gestionnaires _________________
   Quelle était la principale source de financement du programme? (l'Agence régionale, la DSP, autre) ______________________
   Était-ce satisfaisant? Pourquoi? ______________________

2. Dans votre région, quelle a été l'attitude des acteurs suivants envers le nouveau programme Alcochoix+? (réservée, passive, enthousiaste, etc.)
   - la population _____________________
   - les intervenants ______________________
   - les gestionnaires __________________

3. Comment avez-vous procédé pour déterminer quand et combien d'intervenants seraient formés dans votre région? ________________________________
   Comment avez-vous sélectionné les personnes qui ont reçu la formation? ____________________

4. Racontez-moi ce qui s'est passé après la formation des premiers intervenants. (Qu'avez-vous fait pour implanter le programme?) ___________________

5. Actuellement, combien de CSSS offrent le programme dans votre région? _________
Combien d'intervenants sont disponibles pour offrir le programme? _________

6. Y a-t-il une table régionale pour le programme Alcochoix+? (En d'autres mots, les intervenants Alcochoix+ se rencontrent-ils régulièrement?) Si oui, qui assiste à ces rencontres? (intervenant du CRPAT, des CSSS, cadres, etc.)_____________

7. Comment recrutez-vous les participants au programme? (publicité dans les journaux, affiches, orientations par d'autres services, etc.) _________

8. Quand croyez-vous être en mesure d'atteindre les objectifs du MSSS? (Au besoin, rappel de l'objectif : le programme Alcochoix+ doit être offert **dans tous les CSSS** d'ici 2010) ______________________

9. Quels sont les éléments qui ont facilité l'implantation du programme Alcochoix+ dans votre région? ____

10. Quels obstacles avez-vous surmontés ? Comment? _________________________

11. Quels sont les obstacles qui persistent? __________________________________

12. Qu'est-ce qui pourrait vous aider à les surmonter? ________________________

13. Avez-vous déjà été impliqué dans l'implantation d'un autre programme? _____
Si oui, quelles sont les similitudes et les différences que vous avez observées par rapport à Alcochoix+ (plus facile, plus difficile à implanter)? Pourquoi? _______
____

14. Y a-t-il des points que vous souhaitez ajouter? ____________________________

C'est terminé! Je tiens à vous remercier pour votre précieuse collaboration.

QUESTIONNAIRE DES PARTICIPANTS : OBSTACLES À L'IMPLANTATION

→ Lien avec Alcochoix+

- ☐ Intervenant CSSS
- ☐ Intervenant CRPAT
- ☐ Gestionnaire/coordonnateur CSSS
- ☐ Répondant régional (Agence ou DSP)

→ Région

- ☐ Région nouvelle
- ☐ Région pilote

→ Dans quelle mesure les éléments suivants constituent-ils un obstacle à l'implantation du programme Alcochoix+ dans votre région?

	Pas du tout	Un peu	Moyen	Beaucoup	Extrêmement
1. Contexte régional	0	1	2	3	4
2. Désinvestissement des intervenants	0	1	2	3	4
3. Formation	0	1	2	3	4
4. Réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux	0	1	2	3	4
5. Roulement de personnel à tous les paliers	0	1	2	3	4
6. Manque de leadership dans la prise en charge du programme	0	1	2	3	4
7. Isolement des intervenants	0	1	2	3	4
8. Communication / circulation de l'information	0	1	2	3	4
9. Manque de ressources : A. Temps des intervenants	0	1	2	3	4
9. Manque de ressources : B. Manque de financement	0	1	2	3	4
10. Matériel promotionnel	0	1	2	3	4
11. Méconnaissance du programme : A. Existence	0	1	2	3	4
11. Méconnaissance du programme : B. Approche sous-jacente	0	1	2	3	4
12. Lacunes au niveau de la publicité et de la promotion	0	1	2	3	4
13. Obstacles au niveau organisationnel : A. Gestion du mandat Alcochoix+	0	1	2	3	4
13. Obstacles au niveau organisationnel : B. Réorganisation des services	0	1	2	3	4
14. Faible taux d'achalandage	0	1	2	3	4
15. Priorités et exigences gouvernementales	0	1	2	3	4
16. Problèmes de monitorage avec l'ICLSC	0	1	2	3	4

→ Nommez par ordre décroissant (du plus important au moins important) les trois obstacles les plus importants dans votre région.

1. (le plus important)__________________
2. __________________________________
3. __________________________________

Merci!

ANNEXE 10 : SIGLES COURAMMENT UTILISÉS DANS LE TEXTE

Sigles couramment utilisés dans le texte

CLSC…………Centres locaux de services communautaires

CRPAT……….Centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes

CSSS…………..Centre de santé et de services sociaux

DÉBA-A/D…..Dépistage/Évaluation du besoin d'aide-Alcool/Drogues

É.T…………….Écart-type

ICLSC…………Système informatique de la clientèle des centres locaux de services communautaires

MSSS…………Ministère de la Santé et des Services sociaux

n………………..Taille de l'échantillon

PÉCA…………Programme d'évaluation des conducteurs automobiles

QBDA………..Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool

RISQ…………..Recherche et intervention sur les substances psychoactives-Québec